الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر

معهد علم الاجتماع

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

تخصص ديمغرافيا

العوامل السسيوديموغرافية المؤثرة على أنواع الرضاعة

دراسة استطلاعية عن عينة مأخوذة في مراكز حماية الأمومة و الطفولة ببباب الزوار و باب الواد

من إعداد الطالبة :

فتان سامية

تحت إشراف :

الأستاذ مدني صفار زيتون

السنة الجامعية

2006 – 2005

الفهرس

	الصفحة
القسم الأول : الإيطارالمنهجي والنظري للبحث	1
الفصل الأول : تقديم موضوع البحث	**2**
I- تحديد موضوع البحث	3
المقدمة	3
1- الإشكالية	6
2- الفرضيات	7
3- تحديد المفاهيم	8
4- الدراسات السابقة	13
5- أهداف البحث و أسباب اختياره	22
II- المنهجية المتبعة	24
1- البحث الاستطلاعي	24
2- العينة و كيفية اختبارها	24
3- مجالات البحث	26
3-1 المجال البشري	26
3-2 المجال الجغرافي	26
3-3 المجال الزمني	31
4- الأدوات المستخدمة في جمع البيانات	32
5- تكوين الجداول و معالجتها إحصائيا	36

الصفحة

الفصل الثاني : لمحة عن مستوى الرضاعة الطبيعية ومميزاتها 38

المبحث الأول : خلفية تاريخية عن تطورات الاحصائية للرضاعة الطبيعية في العالم 39

1- تطور الرضاعة الطبيعية في البلدان المتقدمة 39

2- تطور الرضاعة الطبيعية في بلدان العالم الثالث 42

3- تطور الرضاعة الطبيعية في الجزائر 50

المبحث الثاني : مميزات الرضاعة الطبيعية 53

1- فيسيولوجية الرضاعة الطبيعية 53

1-1 التغذية أثناء الحمل 53

1-2 هرمون البرولاكتين 54

1-3 إدرار الحليب الطبيعي 54

2- القيمة الغذائية و الصحية للحليب الطبيعي 55

2-1 تركيب و فوائد الحليب الطبيعي 57

2-2 مراحل الرضاعة الطبيعية 59

2-3 أهمية بداية الرضاعة الطبيعية (سائل الكولستروم Colostrum) 59

2-4 مدة و عدد الرضعات 60

2-5 موانع الإرضاع الطبيعي 61

2-6 تغذية الطفل 63

الفصل الثالث : خصائص الرضاعة الاصطناعية 68

المبحث الأول : تاريخ ظهور الرضاعة الإصطناعية و تطورها 69

1- لمحة تاريخية عن الانطلاقة الاقتصادية للرضاعة الاصطناعية 69

2- القانون الدولي لتسويق الحليب الاصطناعي 71

الصفحة

المبحث الثاني : الحليب الإصطناعي و خصائصه 75

1- أنواع الحليب الاصطناعي و اجراءات تحضيره 75

2- الرضاعة الاصطناعية و أثرها على صحة الطفل 76

3- المقارنة بين الرضاعة الطبيعية و الرضاعة الاصطناعية 80

الفصل الرابع : إهتمام المنظمات العالمية بالرضاعة الطبيعية 82

المبحث الأول : الحركات العالمية حول تعزيز ثقافة الرضاعة الطبيعية ضد غزو ثقافة التغذية الاصطناعية 83

1- دعم الرضاعة الطبيعية و اجتناب الرضاعة الاصطناعية في مؤتمر "إينوتشنتس" (ENNOCINTI) 84

2- مشروع "مستشفيات أصدقاء الرضع" 85

المبحث الثاني : تعليمات بصدد ترقية و تشجيع الرضاعة الطبيعية في الجزائر 89

1- تعليمات في شأن نتائج المسح حول وفيات و اعتلال الأطفال في الجزائر لسنة 1989 89

2- تعليمات في شأن تجربة "مستشفيات أصدقاء الرضع " 91

الفصل الخامس : التربية الصحية والأسرة 94

المبحث الأول : دور التربية الصحية في رفع مستوى الصحة لدى المجتمع 95

1- أهداف التربية الصحية ، مجالتها و مناهجها 95

2- دور المدرسة في التربية الصحية 97

المبحث الثاني : الفتاة والتنشئة الاجتماعية 101

1- الأسرة ووظيفتها في عملية التنشئة الاجتماعية للفتاة 101

2- المحيط الأسري و مدى تأثيره على السلوكات و الممارسات 102

الصفحة

القسم الثاني : نتائج البحث الميداني و مناقشتها 104

الفصل الأول : اتجاهات الأمهات اتجاه الرضاعة الاصطناعية و مستواهن الاجتماعي 105

المبحث الأول : مميزات العينة 105

المبحث الثاني : اتجاهات الأمهات حول الفطام و بعض المتغيرات الاجتماعية 115

المبحث الثالث : اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب حسب بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية 119

المبحث الرابع : اتجاهات و ممارسات الأمهات للرضاعة الاصطناعية و المختلطة تحت تأثير بعض السلوكات المستعملة في تغذية الطفل 124

تحليل الفرضية الأولى باستعمال معامل الإرتباط 135

الخلاصة 136

الفصل الثاني : معارف الأمـهات اتجاه الرضاعـة الطبيعيـة حسب بعض المتغيـرات الاجتماعيـة و الديمغرافية 138

المبحث الأول : معارف الأمهات حول العناية بصحة الأم و الطفل 139

1- الرعاية الصحية قبل الولادة 139

2- الرعاية الصحية بعد الولادة 142

3- مدى استفادة الأمهات من المعلومات الصحية حول نوع الرضاعة إثر عملية فحص المولود 143

الصفحة

المبحث الثاني : معارف الأمهات حول الرضاعة الطبيعية و بعض المتغيرات السسيوديمغرافية 144
1- معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و بعض المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية 144
2- معارف الأمهات لفوئد الكولوستروم 148
3- معارف الأمهات لفوئد الرضاعة الطبيعية 150
4- معارف الأمهات حول مدى تأثير موانع الحمل (الحبوب) على الرضاعة الطبيعية 152

المبحث الثالث : الرعاية الصحية و نوع الرضاعة الممارس 156

تحليل الفرضية الثانية باستعمال معامل الإرتباط 167

الخلاصة 167

الفصل الثالث : مدى إقبال الأمهات على ممارسة أنواع الرضاعة 169

المبحث الأول : نوع الرضاعة الممارس و بعض المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية 170

المبحث الثاني : مدة الرضاعة الطبيعية حسب بعض المتغيرات الديمغرافية 179

المبحث الثالث : ممارسات الأمهات للرضاعة الاصطناعية و المختلطة 185

تحليل الفرضية الثالثة باستعمال معامل الإرتباط 188

الخلاصة 188

الفصل الرابع : دور المحيط الأسري في اختيار نوع الرضاعة 190

المبحث الأول : مدى فعالية حجم الأسرة على اقبال الأم لإرضاع طفلها طبيعيا 191

المبحث الثاني : النظام المتبع في الرضاعة الطبيعية و نوع الأسرة 198

تحليل الفرضية الرابعة باستعمال معامل الإرتباط 199

الخلاصة 199

الصفحة

النتائج العامة للبحث 200

الخاتمة 204

قائمة الجداول 206

قائمة الأشكال 210

البيبليوغرافيا 211

الملاحق 224

الملحق رقم 01 : تعليمات بصدد مشروع "مستشفيات أصدقاء الرضع"

الملحق رقم 02 : تعليمات بصدد المسح الجزائري حول وفيات و اعتلال الأطفال 1989

الملحق رقم 03 : مقتطفات من الدفتر الصحي للأم

الملحق رقم 04 : الاستبيان

شكر و تقدير

نتقدم بشكرنا و تقديرنا و احترامنا إلى الأستاذ المشرف "مدني صفار زيتون" الذي ساعدني كثيرا على إنجاز هذا العمل بتوجيهاته القيمة التي خدمتني كثيرا في إنجاز هذه الرسالة.

الشكر و الفضل الكبيران يعودان كذلك إلى زوجي الذي شجعني و رافقني خلال كل مراحل البحث.

كما أتوجه بالشكر إلى كل من مدني يد المساعـدة و خصـوصا إلى الأستاذ بدرينـة العربي، و الأستاذة شريف آسيا، و الأستاذة عميرة جويدة، و زميلاتي في العمل مشتي سامية و أكنيوان حسيبة.

و لا أنسى يد المساعدة خلال التحقيق الميداني و أخص بالذكر عمال مركز الأمومة و الطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات بباب الزوار (05 جويلية) و على رأسهم:

- رئيسة الأطباء،

- طبيبة الأطفال،

- القابلة ناجح ساسية،

- القابلة سحال فوزية،

و كذا إلى عمال مركز الأمومة و الطفولة بالعيادة المتعـددة الخدمات بباب الواد (ديار الكاف) و خاصة إلى طبيبة الأطفال السيدة فداوي زهية و القابلة منصور خوجة مليكة.

إهـداء

أهـ ـ ـ ـدي عمـ ـ ـ ـلي هذا

إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد إلى :

والديا العزيزين رعاهما الله

زوجي العزيز و أولادي نسيم و إيناس

أختي نورة و زوجها

أخي محمود و زوجته

إلى أخي عبد الحميد و أختي روزة

و إلى الصديقتين سامية و حسيبة

القسم الأول

الإطار المنهجي و النظري للبحث

الفصل الأول

تقديم موضوع البحث

المقدمة :

إن تغذية الأطفال و لاسيما الرضع منهم قضية معقدة جدا تنطوي على مسؤولية في غاية الأهمية ذلك أن الغذاء مصدر الطاقة التي يبنى منها جسم الطفل و ينمو بسرعة و يتوقـف تركيب أعضاء الطفل و أجهزته ووظائفها على طبيعة الغذاء الذي يتناوله و لهذا كانت مسألة الإقبال على الرضاعة الطبيعية من بين أهم المواضيع البالغة الأهمية التي طرحت و ما زالت تطرح إلى يومنا هذا في المؤتمرات الدولية المتخصصة في شؤون الطفل هذا ما أكده خبراء الصحة عبر العالم الذين أعادوا يبرزون من جديد الرضاعة الطبيعية و يؤكدون على الأهمية الكبرى و القيمة الحقيقية لحليب الأم و لهذا سطرت المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للأطفال منذ عدة سنوات برامج لأجل ترقية الرضاعة الطبيعية و تحسين صحة و تغذية لرضع و الأطفال الصغار والذي يعتبر عنصر هام لإقامة الصحـة للجميع إلى غاية سنـة 2000[1]. إن في حالة عدم تيسر الحليب الطبيعي و لأسباب مختلفة تصبح الحاجة ملحة إلى وجود حليب آخر يستعمل في نوع آخر من الرضاعة ألا وهي الرضاعة الاصطناعية. و لقد أولت الدول النامية أهمية كبـرى في السنـوات الثمانينات و خاصة منها حليب الأطفال حيث اقتدت كثيرات من نسائنا في البلدان العربية و الإسلامية بنساء الغرب، فانتشرت الرضاعـة الاصطناعيـة وأصبحت الرضاعة الطبيعية في وقت من الأوقات تقليدا من التقاليد القديمة و لقد كان يمثل حليب الأطفال عبئا ثقيلا على ميزانية و اقتصاد البلاد من حيث استيراده حيث لجأ عدد من الشركات من كل أنحاء العالم إلى تشجيع الإشهارات و ترقية الحليب الاصطناعي في القطاعات الصحية من خلال توفر بدائل حليب الأم في المستشفيات مما سمح باللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية ، وقد أدى هذا إلى انخفاض الرضاعة الطبيعية بدرجة ملحوظة في أغلب البلدان عبر العالم و الذي تسبب في ارتفاع وفيات الأطفال بسبب الإسهال و خاص في بلدان العالم الثالث مما أدى إلى قلق مسؤولي المنظمة العالمية للصحة ، حيث جاء في تقريرها و الذي اعتمد على 35 دراسة أجريت في 18 بلد ، أن الإسهال مرتفع بـ 3.5 إلى 4.9 مرات عند الرضيـع الأقل من 06 أشهـر و الذي يرضع رضاعة اصطناعية مقارنة بالرضيع الذي يرضع رضاعة طبيعية و هو أقل خطورة عند الرضع الذين يتلقون رضاعة

[1] OMS. Code international de commercialisation des substituts de lait maternel, Genève 1981, p5.

مختلط ـة[1] و مع تسجيـل انخفاض في معدلات الرضاعـة الطبيعيـة و خاصة في بلدان العالم الثالث حيث أصبح هذا الأخير بعدد سكانه المتزايد و التحول السريع نحو التحضر قد تأثر فعلا باستعمال مسحوق الحليب الاصطناعي الذي كان يوزع من طرف الوكالة المحلية والدولية لهذا جاء مشروع قانون المنظمة العالمية للصحة إلى وضع الأسس الأخلاقية لتجارة حليب الأطفال على أنواعه و يدعو هذا المشروع صانعي و موزعي الحليب الاصطناعي الخاص بالرضيع إلى ذكر تفوق الحليب الطبيعي و يكون مطبوعا بكل وضوح على العلبة و لا يمكن استعمال هذا الحليب الاصطناعي إلا بعد استشارة الطبيب مع توجيهات متعلقة بطريقة تحضير الحليب كما أن للحليب الاصطناعي أنواعا كثيرة التي تختلف كميات العناصر الغذائية باختلاف أنواعها حيث النوع الذي يلائم أحد الأطفال قد يسبب الإسهال أو الإمساك لغيره.

إن إرضاع الرضيع عمل أساسي في مجرى حياة الأم و الإقبال على نوع من أنواع الرضاعة مرتبط بالعوامل الاقتصادية و السوسيوديمغرافية التي تؤثر بالسلب أو الإيجاب على سلوكات الأمهات المكتسبة إزاء أنواع الرضاعة.

و بهدف صياغة مقاربة سوسيوديمغرافية تتجاوز المعطيات ذات الطابع الطبي ارتأينا إتباع الخطة الموالية التي تبرز بوضوح مضمون و محتوى هذه الدراسة.

الفصل الأول : خصص هذا الفصل للإطار المنهجي و النظري للبحث و قد احتوى على الإشكالية، الفرضيات، أهم المفاهيم الأساسية، الدراسات السابقة، أهداف البحث و أسباب اختياره و كذا المنهجية مع الأدوات المستخدمة في جمع البيانات و في الأخير تطرقنا إلى كيفية تكوين الجداول الإحصائية.

الفصل الثاني : و فيه نتحدث عن تطورات الإحصائية للرضاعة الطبيعية في العالم و يتضمن هذا الفصل على مبحثين. يناقش المبحث الأول مستوى الرضاعة الطبيعية في البلدان المتقدمة، بلدان العالم الثالث وكذا في الجزائر. أما المبحث الثاني فيتضمن مميزات الرضاعة الطبيعية بما فيها فيسيولوجية الرضاعة الطبيعية والقيمة الغذائية و الصحية للحليب الطبيعي.

[1] UNICEF, FOREM. L'allaitement maternel, op. cit., p. 8.

الفصل الثالث : يتعلق بخصائص الرضاعة الاصطناعية و التي تعرضنا فيها إلى أهم النقاط الأساسية لظهور الرضاعة الاصطناعية و أنواع الحليب الاصطناعي و إجـراءات تحضيـره و أثر الرضاعة الاصطناعية على صحة الطفل و في آخر الفصل قمنا بعرض وجيز تطرقنا من خلاله إلى المقارنة بين الرضاعة الطبيعية والاصطناعية.

الفصل الرابع : و يحوي على مبحثين ، الأول منه يتمحور حول اهتمام المنظمات العالمية بالرضاعة الطبيعية من خلال الحركات العالمية حول دعـم و تشجيـع الرضاعـة الطبيعيـة و اجتناب الرضاعة الاصطناعية و مشروع المستشفيات أصدقاء الرضع أما المبحث الثاني فهو يتعلق بالتعليمات بصدد ترقية الرضاعة الطبيعية في الجزائر انطلاقا من نتائج المسح الجزائري حول وفيات و اعتلال الأطفال لسنة 1989 و كذا من خلال تجربة المستشفيات أصدقاء الرضع في الجزائر.

الفصل الخامس : و قد تضمن مبحثين الأول منه خصص لدور التربية الصحية في رفع مستوى الصحة لدى المجتمع وعنصر إدماج التربية الصحية في البرامج التعليمية أما المبحث الثاني فقد تطرقنا من خلاله إلى دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية للفتاة و مدى تأثيـرها على السلوك و الممارسات.

أما القسم الثاني من البحث فقد تناول على أهم نتائج البحث الميداني.

1- الإشكالية

تعد الرضاعة الطبيعية إحدى مكونات الأساسية لإستراتيجيات بقاء الطفل و بهدف الدفاع عن تراجع الرضاعة الطبيعية وضعت المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للأطفال مشروع عالمي "المستشفيات أصدقاء الرضع" و هذا لغرض توفر الآلاف من المواليد الجدد انطلاقة حسنة في الحياة و هذا في سنة 1989 . والجزائر كانت واحدة من الدول التي وقعت هذا التقرير سنة 1999 حيث هذا التعهد ترجمته وزارة الصحة و السكان بإنشاء لجنة تقنية لتفعيل هذه المبادرة[1]. و من بين أهم الخطوات التي جاء بها هذا المشروع هي عدم إعطاء للرضيع في الشهور الأولى من ولادته أي حليب غير حليب الأم. و بالرغم من أهمية هذه التجربة لما لها من فوائـد تعـود بالنفـع على صحـة الأم و الطفـل و اقتصاد البلاد لم يتم الإسهام في إدخال هذا المشروع بصورة تطبيقية داخل المستشفيات بالرغم من مرور 5 سنوات من تواجده في الجزائر، مما يدل على أن التجربة لا زالت فتية غير مطورة إذ لم تطبق إلا بشكل تحسيسي لكن من خلال سنة 2002 سجل ارتفاعا في شأن الرضاعة الطبيعية، حيث بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية عند الولادة أي خلال 06 ساعات الأولى من خلال معطيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة ب 80 % مقابل 60 % عام 1992 ، كما ارتفعت أيضا مدة الرضاعة الطبيعية بما يزيد عن شهرين أي قدرت بـ 14,9 شهرا[2] بعدما كانت تبلغ في سنة 1992 بـ 12.5 شهرا[3] من خلال المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل .

إن الطب الحديث ينادي جميع الأمهات و يحثهن على ممارسة الرضاعة الطبيعة منذ الولادة إلى غاية 06 أشهر فبالرغم من ذلك فإن مشكل الإقبال على الرضاعة الاصطناعية و المختلطة لازال قائما، حيث دلت آخر الإحصائيات عـلى أن استخـدام الزجاجات في تغذيـة الرضيـع و خاصة في الشهور الأولى من الولادة يتم بصفة مبكرة جدا حيث بلغت نسبة الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الاصطناعية من خلال المسح الجزائري حـول صحـة الأسـرة لسنـة

[1] Instruction n° 002 /MSP/ MIN du 18 février 1999 relative aux « Hôpitaux Amis des Bébés».

[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Office National des Statistiques et Ligue des Etats Arabes. Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002 – Rapport principal, juillet 2004, p. 48..

[3] المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل –1992- التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص117

2002 بـ 59.5 % و تتراوح النسبة بين 52.5 % و 68 % عند الذين يبلغون 0-1 و 2-3 شهرا، أما بالنسبة للرضاعة المختلطة فقد بلغت 25 % عند الذين يبلغون أقل من 04 أشهر[1].

و من المعلوم أن تلك العادات تختلف باختلاف الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية للأم و كذا حسب انتشار الوعي الصحي بالأسلوب الصحي فيما يتعلق بالرضاعة عموما. انطلاقا من كل هذا نريد معرفة نوع الرضاعة و بعض السلوكات الصحية المكتسبة من طرف الأمهات كفوائد الرضاعة الطبيعية، أهمية بداية الرضاعة الطبيعية، معرفة سائل الكولوستروم، توقيت أنواع أخرى من الأغذية (معارف) و إتجاهتهن إزاء الرضاعة الاصطناعية حول مثلا كيفية اختيار نوع الحليب الاصطناعي تعقيم الرضاعات ... (اتجاهات) و نوع الرضاعة الممارسة من طرف الأم وقت التحقيق (الممارسة).

في هذا الصدد نود معرفة بعض العوامل السوسيوديمغرافية المؤثرة على مستـوى معارف اتجاهات و ممارسات الأمهات إزاء نوع الرضاعة ؟ لهذا نتساءل :

1) ما هي السلوكات الصحية المكتسبة من طرف الأمهات في ممارستها للرضاعة الاصطناعية ؟

2) ما هو تأثير الرعايـة الصحيـة على مـدى اكتساب الأم معارف اتجاه الرضاعـة الطبيعيـة و ممارستها ؟

3) ما هو تأثير سن الأم و خبرتها الإنجابية في مدى إقبالها على نوع الرضاعة ؟

4) هل فعلا لنوع الأسرة التي تنتمي إليها الأم أثرا على نوع الرضاعة ؟

2- الفرضيات :

1) تختلف الأساليب التي قد تستخدمها الأمهات في إقبالها على الرضاعة الاصطناعية باختلاف المستوى الاجتماعي لديهن.

2) الإقبال على المتابعة الصحية أثناء الحمل و بعد الولادة يؤثر على معارف الأمهات اتجاه ممارسة الرضاعة الطبيعية.

[1] المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 55.

3) تقدم الأم في السن مع اكتسابها الخبرة في الإنجاب يجعلها تلجأ أكثر إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية.

4) تؤثر الأسرة الممتدة على تشجيع الأم و إقبالها على ممارسة الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة.

3- تحديد المفاهيم الأساسية

الرضاعة الطبيعية : هي مشتقة من الإرضاع، رضع الولد أمه أي امتص ثديها أو ضرعها أي مص اللبن من الثدي[1].

و تعرف المنظمة العالمية للصحة OMS و منظمة IGAB (Interagency Group for Action on Breas feeding) الرضاعة الطبيعية و الرضاعة المختلطة كما يلي :

الرضاعة الطبيعية Allaitement maternel : "هي الحالة التي يكون فيها الطفل يتغذى بحليب أمه".

الرضاعة المختلطة Allaitement mixte : "هي الرضاعة الطبيعيـة مع إضافة الحليب الاصطناعي، و كذا ماء و أغذية أخرى. و تكون الرضاعة المختلطة غالبية إذا كانت كمية الحليب المستهلكة من طرف الطفل تؤمن له أكثر من 80 % من احتياجاته و متوسطة إذا كانت تؤمن له من 20 % إلى 80 % من احتياجاته و ضعيفة إذا كانت تؤمن له أقل من 20 % من احتياجاته."[2]

الرضاعة الاصطناعية Allaitement artificiel : "هي الحالة التي يكون فيها الطفل يتغذى بالمواد الغذائية السائلة و شبه الجامدة داخل الرضاعة، كما يمكن إعطاء الرضيع حليب الأم داخل الرضاعة[3].

---

[1] علي بن هادية و آخرون، القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، الطبعة 1، 1991، ص 39.

[2] ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, Mai 2002.

[3] OMS. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement, compte rendu d'une réunion informelle, 11-12 juillet, Genève, p. 4.

الرضاعة الطبيعية المطلقة Allaitement maternel exclusif : "هي الحالة التي يكون فيها حليب الأم المصدر الرئيسي لغذاء الطفل و يمكن إضافة للرضيع قطرات، فيتامينات، أملاح معدنية و أدوية.

الرضاعة الطبيعية الغالبة Allaitement maternel prédominant : "هي الحالة التي يكون فيها حليب الأم المصدر الرئيسي للغذاء، كما يمكن إضافة للرضيع (بعض السوائل كمياه الشرب، عصير الفواكه، أملاح معدنية، سوائل عشبية، قطرات و أدوية). كما لا يجب إعطاء الرضيع حليب آخر غير حليب الأم.

الأغذية التكميلية أو الإضافية Aliments de complément : "هي تغذية الطفل بحليب الأم أو بالحليب الاصطناعي بإضافة مواد غذائية جامدة أو شبه جامدة، كما يمكن إضافة للطفل جميع المواد الغذائية و السوائل بما فيها حليب البقر[1].

الفطام Sevrage : "يعتبر الفطام مرحلة ضرورية لا بد منها في حياة كل طفل و يعتبر مرحلة انفصال الطفل عن أمه من ناحية الرضاعة الطبيعية، كما يعتبر من ناحية أخرى بداية انتقال لنظام غذائي للبالغين."

الفطام المبكر Sevrage précoce : "و هو إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل خلال الثلاثة شهور الأولى من عمره."[2]

الفطام التدريجي Sevrage progressif : "هو الفطام الذي يتم فيه تعويض الرضاعة الطبيعية بالتغذية إلى أن يتم إيقاف الرضاعة من الثدي نهائيا."

الفطام المفاجئ Sevrage soudain : "هو الفطام الذي يكون ابتداء من اليوم الذي يكون للطفل الحق في الرضاعة من الثدي و منه فالطفل ينتقل مباشرة من تغذية فقط من حليب الأم إلى تغذية ب/أو بدون حليب اصطناعي أو تغذية مختلطة."[3]

---

[1] OMS. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement, op. cit., p. 4.

[2] المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، 1992، مرجع سابق، ص 133.

[3] بوتريس مسعودة، الرضاعة الطبيعية، دراسة استطلاعية عن عينة من النساء في مراكز حماية الأمومة و الطفولة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر (2001 – 2002)، ص 12.

الأسرة الممتدة : هي الأسرة التي تتكون من مجموعة من الأشخاص يعيشون تحت سقف واحد يحكمه رب الأسرة، يحضرون و يتناولون معا أهم الوجبات و غالبا ما يربـط هـؤلاء الأشخاص قرابة الدم و الزواج، و هي ما تسمى بالأسرة العادية حسب تعريف الديوان الوطني للإحصائيات ONS، حيث تتكون من عائلة واحدة أو أكثر (نعني بالعائلة كل زوجين بأبناء أو بدون أبناء)، كما يمكن لهذه الأسرة أن تسكن في مسكن واحد أو مسكنين مجاورين أو متطابقين[1].

الأسرة النووية : هي الحالة التي يكون فيها الزوج يعيش مع زوجته و أبنائه العزاب فقط تحت سقف واحد (يكون الأطفال من الزوج أو من الزوجة أو منهما معا[2].

السلوك : هو استجابة أو رد فعل، لا يتضمن فقط الاستجابات و الحركات الجسمية، بل يشمل على العبارات اللفظية و الخبرات الذاتية[3].

الرعاية الصحية : "تعتبر ظاهرة حضرية مبدئيا في طبيعتها، تبذل الجهود لتخفيض نسبة الإصابة بالأمراض و نشر الوقاية من المرض، فهي تهتم بالعديد من الخدمات الصحية التي تقدم في مجال رعاية الأمومة و الطفولة و ما تقوم بـه من التثقيف الصحي و الخـدمات للحوامـل و تحسين المستويات الصحية و جوانب الوقاية مع تركيز بما يتعلق بصحة الأم و الطفل رعاية في فترة ما قبل الولادة و بعدها و كذا التغذية ...4"

قوانين قياس مؤشرات أنواع الرضاعة[5] :

$$\text{معدل الرضاعة الطبيعية} = \frac{\text{عدد الرضع} < 12 \text{ شهرا و الذين سبق لهم التغذية بالرضاعة الطبيعية فى أى وقت من الأوقات}}{\text{عدد الرضع} < 12 \text{ شهرا}}$$

$$\text{معدل الرضاعة الطبيعية عند الولادة} = \frac{\text{عدد الرضع} < 12 \text{ شهرا و الذين تلقوا الحليب الطبيعى بعد ساعة من الولادة}}{\text{عدد الرضع} < 12 \text{ شهرا}}$$

[1] Office National des Statistiques, RGPH 1987, Instructions aux recenseurs, p. 04.

[2] ONS. Instructions aux recenseurs, op. cit., p. 20.

[3] غيث محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1979، ص 36.

[4] الدكتورة إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، 1991، ص 249.

[5] OMS. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement, op. cit., 96.

معدل الرضاعة الطبيعية المطلقة = عدد الرضع < 4 أشهر و الذين تلقوا رضاعة طبيعية مطلقة خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الرضع <4 أشهر

معدل الرضاعة الطبيعية الغالبة = عدد الرضع <4 أشهر و الذين تلقوا رضاعة طبيعية غالبة خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الرضع < 4 أشهر

معدل التغذية التكميلية = عدد الرضع (6-9 أشهر) و الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية و مواد غذائية خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الرضع بين 6-9 أشهر

معدل متابعة الرضاعة الطبيعية (سنة) = عدد الأطفال (12-15 شهرا) و الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 15 شهرا

معدل متابعة الرضاعة الطبيعية (سنتين) = عدد الأطفال (20-23 شهرا) و الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 23 شهرا

معدل متابعة الرضاعة بالزجاجة = عدد الرضع < 12 شهرا و الذين يرضعون عن طريق الرضاعة خلال 24 ساعة الأخيرة / عدد الرضع < 12 شهرا

متوسط فترة الرضاعة الطبيعية : توجد عدة طرق لحساب متوسط فترة الرضاعـة الطبيعيـة، و أكثرها شيوعا هي طريقة P/I، و فيها يتم حساب متوسط الفترة بقسمة عدد الأطفال الذين ما زالوا يرضعون وقت المسح على متوسط عدد المواليد في الشهر.

و يوضح هذا المخطط[1] ملخصا لقياس كل مؤشرات أنواع الرضاعة حسب فئات الأعمار بالأشهر.

24 22 20 18 16 14 12 10 8 6 4 2 0

[1] Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement, op. cit., p. 7.

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24

العمر بالشهور

4- الدراسات السابقة :

منذ الولادة إلى غاية 06 أشهر يجب الاعتماد على الرضاعة الطبيعية بنسبة 100 %			إبتداء من الشهر السادس يجب البدء في إدخال الأطعمة التكميلية							
يجب تغذية جميع الرضع بحليب الأم						من الأفضل تغذية جميع الأطفال بحليب الأم				
معدل الرضاعة الطبيعية المطلقة معدل الرضاعة الطبيعية الغالبة			معدل الرضاعة التكميلية			معدل متابعة الرضاعة الطبيعية (سنة)			معدل متابعة الرضاعة الطبيعية (سنتين)	

إن المتتبع للدراسات و التحقيقات المتعلقة بالرضاعة عموما، يلاحظ أنها قد ركزت الضوء فقط على الجوانب الوصفية لمستوياتها دون التعمق في التحليل التفسيري لها، حيث أغلب الدراسات قد تناولت الموضوع من الجانب المتعلق بممارسة الرضاعة الطبيعية و كذا حول أسباب تراجعها و لم تهتم كثيرا بمستوى معارف، مواقف و ممارسات (CAP) [1] الأمهات إزاء أنواع

[1] CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques.

لقد استخدمنا هذا النوع من التحقيق "معارف، اتجاهات و ممارسات" لمحاولة اكتشاف بعض السلوكات المكتسبة من طرف الأمهات و المتعلقة بالرضاعة عموما و هذا ما نسميه **(بالمعرفة)** حول مثلا معرفة فوائد الرضاعـة الطبيعيـة

الرضاعة، لكن لا بأس أن نشير إلى بعض هذه التحقيقات الهامة التي تطرقت إلى الموضـوع و لو بصفة جزئية و هي تهدف عموما إلى تقويم حالة الرضاعة الطبيعية بصفة عامة و كذا الرضاعة الاصطناعية و المختلطة و تتمثل في:

- المسح الجزائري حول الخصوبة 1986 (ENAF)،
- التحقيق الوطني حول وفيات و اعتلال الأطفال في الجزائر (1985-1989)،
- المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992 (EASME)،
- تحقيق وطني حول أهداف النصف العشرية 1995،
- المسح الجزائري حول الأسرة 2002 (EASF)،

و من باب المقارنة نقوم بعرض أهم نتائج التحقيق الذي أقيم حديثا في تونس في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة ألا و هو "المسح التونسي لصحة الأسرة 2002".

1- المسح الجزائري حول الخصوبة 1986 :

لقد أسندت وزارة العمل و الأشغال الاجتماعية مهمة إجراء هذه الدراسة على شكل تحقيق أو مسح وطني للخصوبة إلى المركز الوطني للـدراسات و التحاليل و التخطيـط (CENEAP) و دامت عملية إجراء هذا المسح تقريبا 04 أشهر.

لقد احتوت العينة في هذا المسح على 4368 أسرة و 4804 امرأة يتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة و تتلخص أهداف هذا المسح في :

- قياس مميزات الخصوبة،
- العلاقة الموجودة بين الخصوبة و العوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية،
- محددات السوسيولوجية للخصوبة و التي تتمثل في ممارسة الرضاعة الطبيعية و العقم بنوعيه الثانوي و المؤقت.

و موقفهن اتجاه الطرائق التي تتبعها الأم في تغذية الطفل **(اتجاه)** و كذا نوع الرضاعة الممارس وقت التحقيق **(الممارسة).**

و قد احتوى التحقيق على نوعين من الاستمارة :

- الاستمارة الأولى : تحوي على أسئلة تخص جميع أفراد الأسرة،
- الاستمارة الثانية : تحوي على أسئلة دقيقة حول الخصوبة، الوفيات، الزواج، استعمال وسائل منع الحمل و ممارسة الرضاعة الطبيعية.

فيما يخص النتائج التي أسفر عليها هذا التحقيق هي :

لقد قدرت مدة الرضاعة الطبيعية بالنسبة لآخر مولود و الذي لا يتجاوز عمره سنتين حسب سن الأم :

- 13,12 شهرا بالنسبة للنساء اللاتي يتراوح أعمارهن ما بين 15 و 24 سنة،
- 14,3 شهرا بالنسبة للنساء اللاتي يتراوح أعمارهن ما بين 25 و 34 سنة،
- 15,14 شهرا بالنسبة للنساء اللاتي يتراوح أعمارهن ما بين 35 و 49 سنة[1].

أما بالنسبة لمدة الرضاعة الطبيعيـة حسب سن الأم و مستواها التعليمي فهي ممثلة في الجدول الموالي :

الجدول رقم 01 : مدة الرضاعة الطبيعية حسب سن الأم و مستواها التعليمي

المستوى التعليمي / السن	المستوى التعليمي			المجموع	عدد الولادات
	أمية	ابتدائي	ثانوي و أكثر		
24 – 15	15,32	9,13	10,41	13,12	673
34 – 25	15,80	10,82	10,09	14,12	1304
49 – 35	16,22	10,38	7,63	15,41	545
49 - 15	15,90	10,27	10,62	14,13	2522

[1] Ministère National d'Etudes et d'Analyses pour la Planification, Enquête Nationale sur la Fécondité (ENAF) 1986, Rapport National Final, mars 1989, p. 253-254.

أما فيما يخص مدة الرضاعة الطبيعية و بالتطبيق أسلوب P/I حسب مكان الإقامة فهي مرتفعة في الريف مقارنة بالحضر حيث بلغت 15,6 شهرا مقابل 11,3 شهرا في الحضر[1].

2- التحقيق الوطني حول الوفيات و اعتلال الأطفال في الجزائر 1985-1989 :

لقد تم إجراء هذا التحقيق على مستوى التراب الوطني و الذي نظمته وزارة الصحة العمومية بمشاركة الديوان الوطني للإحصائيات من 16 إلى 21-12-1989 و ذلك بهدف تقدير العوامل المرتبطة بظاهرة الوفيات و تقييم برامج مكافحة وفيات الأطفال.

لقد شمل المسح على 45 ولايـة، و قد تعلقت الأسئلة بالوفيات التي حدثت خلال فترة 89/85 و شملت العينة على 25422 أسرة.

و من أهم أهداف هذا التحقيق ما يلي :

- تقدير معدلات وفيات الأطفال بالنسبة للخمس سنوات السابقة على المسح،
- تقدير العوامل المرتبطة بوفيات الأطفال و بالخصوص الوفيات الناجمة عن الإسهال إلى جانب نوع الرضاعة و علاقتها بالإسهال.

و من أهم النتائج التي أسفر عليها هذا التحقيق و التي لها علاقة بموضوع بحثنا هي :

- بلغت نسبة الأطفال المولودين خلال السنتين السابقتين على المسح و الذين يرضعون رضاعة طبيعية مطلقة بـ 38,6 % مقابل 26 % من الأطفال الذين يرضعون رضاعة مختلطة،
- قدر متوسط الرضاعة الطبيعية بـ 13,7 % شهرا،
- بلغت نسبة الأطفال الذين يتراوح أعمارهم ما بين 3 و 11 شهرا و الذين يتلقون أغذية تكميلية صلبة أو شبه صلبة إلى جانب الحليب الطبيعي بـ 73 %[2].

[1] KOUAOUCI Ali, Familles, femmes et contraception, CENEAP, FNUAP, 1992, p. 62.

[2] Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Enquête sur la Mortalité et la Morbidité Infantile en Algérie (1985-1989), Alger 1992, p. 67.

3- المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992 :

بمشاركة وزارة الصحة و السكان، و الديوان الوطني للإحصائيات، و جامعة الدول العربية، تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل على مستوى التراب الوطني سنة 1992 في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة.

يتمثل هدف هذا المسح في :

- دراسة المحددات المؤثرة على صحة الأم و ارتباطها بالخصوبة،
- دراسة العلاقة بين الخصوبة و صحة الطفل،
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة و أثرها على صحة الأم و الطفل.

لقد اعتمد هذا المسح على عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل موزعة بين الريف و الحضر حجمها 6694 أسرة معيشية شملت 5881 امرأة غير عازبة يتراوح سنها بين 15 و 55 سنة، و احتوى هذا المسح على 5 استمارات تمثلت في :

- استمارة الأسرة المعيشية،
- استمارة خصائص المسكن،
- استمارة صحة الأم،
- استمارة صحة الأسرة.

إن النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح في النقاط التالية :

- لقد بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بـ 93 %،
- بلغت نسبة الإرضاع من الثدي 60 % من الأطفال خلال الست ساعات الأولى بعد الولادة،
- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية الحالية خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بـ 31,4 % (25 % في الحضر مقابل 37,2 % في الريف)،

- قدر متوسط طـول فتـرة الرضاعة الطبيعيـة باستخدام طريقـة P/I بـ 12,5 شهرا (10,58 شهرا في الحضر مقابل 14 شهرا في الريف).
- قدر وسيط فترة الرضاعة الطبيعية بـ 9,6 شهور،
- بلغت نسبة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9 و 12 شهرا بـ 50 %،
- بلغ متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعيـة الغالبـة بـ 3,19 شهرا (2,49 شهرا في الحضر و 3,74 شهرا في الريف)،
- بلغت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة مختلطة بـ 9,9 % (8,1 % في الحضر مقابل 11,6 % في الريف). كما ترتفع نسبة الرضاعة المختلطة كلما زاد عمر الطفل حيث بلغت :
  - 16,8 % بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 0 – 1 شهر،
  - 28,5 % بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 2 و 3 أشهر،
  - 29,8 % بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 4 و 5 أشهر[1].
- بلغت نسبة الأطفال الذين تم فطامهم و استخدمت الزجاجات في إطعامهـم بـ 40,8 % (49,2 % في الحضر و 33,7 % في الريف)،
- بلغ متوسط عمر الطفل عند بدء تناوله للأطعمة (محسوب بطريقة P/I) بـ 4,72 % شهرا (3,74 شهرا في الحضر مقابل 5,49 شهرا في الريف)،
- عدم كفاية الحليب يعد السبب الرئيسي للفطام بنسبة 42 %، يليه سبب أن الطفل وصل سنا مناسبا بنسبة 23,9 % و الأم أصبحت حاملا بنسبة 12,4 %،
- بلغت نسبة الأطفال الذين تم فطامهم بصفة فجائية 56,4 % مقابل 42,3 % من الأطفال الذين تم فطامهم بصفة تدريجية[2].

4- التحقيق الوطني حول أهداف النصف العشرية 1995 :

[1] المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، مرجع سابق، ص 124.

[2] نفس المرجع السابق، ص 137.

و هو نوع من التقارير الذي يهدف إلى تقييم مدى نجاح أهداف مؤتمر الطفولة بنيويورك لسنة 1990 و قد تناولت هذه الدراسة و تم تنفيذها من طرف مديريـة الوقايـة لـ وزارة الصحـة و السكان بمساهمة منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF بالجزائر بدعم من وزارة الصحة و السكان، و المركز الوطني للتخطيط، و المنظمة العالمية للصحة، و صندوق الأمم المتحدة للسكان.

لقد أجري التحقيق بين 10 أكتوبر 1995 إلى غاية 6 نوفمبر 1995 و ضم المسح حوالي 18 قطاعا صحيا موزعا على مجموع 5 مناطق على مستوى الوطن و الممثلة في منطقة الشمال الشرقي (قسنطينة)، و منطقة الشمال الغربي (وهران)، و منطقة وسط الشمال (الجزائر العاصمة)، و منطقتي الجنوب (بشار و ورقلة).

تتكون عينة المسح من 6008 أم و 13619 طفل يتراوح سنهم ما بين 0 و 14 سنة، و لقد بلغ متوسط عمر النساء 40,5 سنة، أما نسبة الأطفال الأقل من سنة فقد بلغت 18,8 % (51,4 ذكر مقابل 48,6 أنثى).

لقد تم استجواب الأمهات اللاتي عددهن 1630 امرأة حول الرضاعة مهما كان نوعها و اللواتي لديهن طفل لا يتجاوز عمره سنتين.

و من نتائج هذا المسح :

- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة عند الأطفال الذين لم تتجاوز أعمارهم 4 أشهر بـ 56 % (48 % عند الذكور و 52 % عند الإناث).
- بلغت نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 9 أشهر و الذين تلقوا رضاعة طبيعية بإضافة أغذية تكميلية صلبة أو شبه صلبة بـ 54 % [1].
- بلغت نسبة الأطفال الذين ما زالوا يرضعون رضاعة طبيعية وقت المسح و الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 15 شهرا بـ 49 % (49 % عند الذكور و 51 % عند الإناث).

[1] OMS, UNICEF, FNUAP. Enquête Nationale sur les Objectifs de la Mi-décennie « MDG Algérie 1995 », Rapport de synthèse, Alger, 1996, p. 23.

- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية حسب وسط الإقامة (45 % في الحضر و 54 % في الريف).

أما بالنسبة للأغذية عن طريق الزجاجة سواء كان محتواها الحليب الاصطناعي أو مواد غذائية أخرى أو سائلة فقد بلغت 48 % عند الأطفال الأقل من سنة.

و تختلف التغذية بالزجاجة حسب عمر الطفل بحيث بلغت نسبة الأطفال الذين يتغذون عن طريق الزجاجة قبل بلوغهم 4 أشهر بـ 46 % و 57 % بين الأعمار 4 و 7 أشهر و 46 % بين 8 و 11 شهرا.[1]

5- المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 :

لقد قام الديوان الوطني للإحصائيات بإنجاز المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 بمساهمة وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و بالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة.

و يهدف هذا المسح إلى توفير بيانات تفصيليـة تساعـد السلطات العمومية على تنفيذ و متابعة و تقييم السياسات الصحية و الاجتماعية و كذلك إعداد البرامج الصحية و السكانية.

لقد استخدمت في هذا المسح الاستبيانات التالية :

- استبيان الأسرة المعيشية و الظروف السكنية،
- استبيان الصحة الإنجابية و مرحلة ما بعد الإنجاب (15-59 سنة)،
- استبيان الرعاية الصحية و الاجتماعية لكبار السن (60 سنة و أكثر)،
- استبيان الشباب غير المتزوجين (15-29 سنة).

[1] OMS, UNICEF, FNUAP. Enquête Nationale sur les Objectifs de la Mi-décennie « MDG Algérie 1995 », op. cit., p. 24.

فيما يخص عينة المسح، فقد تم إجراء عملية السحب انطلاقا من قوائم الأسر حسب كل مقاطعة تم اتخاذ أسر كعينة لإجراء التحقيق، و قد سحبت عينتان، الأولـى على أساس 10.200 أسرة و عينة ثانية إضافية تتكون من 10.200 أسرة أخرى من أجل دراسة ظاهرة الوفيات.

و قد أعطى المسح النتائج التالية :

- بلغت نسبة المواليد الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية خلال السنتين السابقتين على المسح 92,7 %.
- بلغت نسبة المواليد الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية مباشرة بعد الولادة 55,4 %.
- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية الحالية مع إضافة أغذية تكميلية بما فيها الحليب الاصطناعي 43,5 %.
- بلغت نسبة عدم الرضاعة من الثدي وقت المسح 41,7 % [1].
- بلغت نسبة استخدام الزجاجة في تغذية الطفل 59,5 % و عمر الطفل أقل من 24 شهرا.
- بلغ وسيط فترة الرضاعة الطبيعية 13,3 شهرا،
- بلغ متوسط الرضاعة الطبيعية باستخدام طريق P/I 14,9 شهرا[2].
- بلغت نسبة عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة مختلطة باستخدام الزجاجـة في فئـة العمر 0 – 3 أشهر بـ 25 %.
- عدم كفاية الحليب هو السبب الرئيسي في عدم الرضاعة الطبيعية بنسبة 41 %، يليها وفاة الطفل (10 %)، رفض الطفل الثدي (9,2 %)، و الأم مريضة (8,7 %).
- بلغت نسبة الأطفال الذين فطموا بصفة فجائية 50 % (47,4 % في الحضر و 52 % في الريف).
- بلغت نسبة الأطفال الذين فطموا بصفة تدريجية 47,7 % (48 % في الحضر و 45,5 % في الريف)[3].

[1] Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002, op. cit., p. 45-46.

[2] Op. cit., p. 48.

[3] Op. cit., p. 51.

6- المسح التونسي حول صحة الأسرة 2002 :

أجري هذا المسح من طرف الديوان الوطني للأسرة و العمران البشري في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة الذي أنجز بإشراف جامعة الدول العربية و ذلك بهدف تكوين و توفير بيانات حول الصحة الإنجابية للمرأة بكل مكوناتها.

تناول المسح الوضع الديمغرافي للسكان و تأثير التحولات الاجتماعية على هذا الوضع و على كيان الأسرة التونسية و كذا الحالة الصحية للمرأة و خصوصا فيما يتعلق بالمشاكل الصحية المرتبطة بالحمل و الولادة، و أيضا مستوى رعاية الأمومة، و تنظيم الأسرة، إضافة إلى الرضاعة الطبيعية.

و لقد تضمنت العينة على 4710 امرأة مؤهلة أي عمرها ما بين 15 و 54 سنة و متزوجة أو مطلقة أو أرملة و تقيم بصفة معتادة مع الأسرة.

و من أهم نتائج هذا المسح :

- بلغت نسبة الأطفال الذين سبق إرضاعهم طبيعيا من بين آخر مولود خلال الخمس سنوات السابقة للمسح 96,1 %.
- بلغت نسبة الأطفال الذين بدؤوا الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى بعد الولادة 48,2 %.
- بلغت نسبة الأطفال الذين تحصلوا على أغذية تكميلية قبل الرضاعة الطبيعية 26,4 %.
- الأمهات الأعلى تعليما (ثانوي أو جامعي) هن أكثر إقبالا على فطام أطفالهن من الأمهات الأميات (76,5 % مقابل 64,5 %).
- بلغت نسبة الأطفال الذين فطموا و الذين لا تتجاوز أعمارهم 03 أشهر 12,3 % .
- يعود السبب الرئيسي للفطام إلى "وصول الطفل إلى سن مناسب" بنسبة 36,8 %، يليها سبب "عدم كفاية الحليب" (17 %)، و "رفض الطفل الثدي" (14 %)، و "مـرض الأم" (11,8 %).

- بلغ وسيط مدة الرضاعة الطبيعية 15,7 شهرا بين الأمهات اللاتي لا تعملن مقابل 6,2 شهرا فقط بين العاملات.
- بلغت نسبة الفطام الفجائي 60 % و نسبة الفطام التدريجي 40 %[1].

5- أهداف البحث و أسباب اختياره

إن اختيارنا لموضوع البحـث لم يأتي من باب الصدفـة و إنما جاء بعـد تطلعنا لمختلـف الدراسات و المسوحات الخاصة بمختلف البلدان العربية بصفة عامة و حتى من خلال التحقيقات و الدراسات العديدة في مجال الطب و المتعلقة بصحة الطفل و كيفية غذائه بصفة خاصة، بحيث لاحظنا أن مجملها قد سلطت الضوء على النواحي الوصفية لمستويات الرضاعة بأنواعها دون البحث عن التحليل التفسيـري لاختلافاتها، و أمام هذا النقص قمنا باختيار هذا الجانب و تعود أهداف هذا البحث إلى ما يلي :

1- محاولة التعرف على مستـوى معارف و اتجاهات و ممارسات الأمهات لأنـواع الرضاعـة و التعـرف على مـدى تأثيـر بعض العوامـل الاجتماعية و الاقتصادية و الديمغرافية على ذلك.

2- محاولة معرفة السلوك الصحي الذي تسلكه الأم إزاء إقبالها على تغذية طفلها و درجة وعيها بأهمية الرضاعة الطبيعية، و مسائل النظافة، و أهمية التعقيم، و بدايات تعاطي الطفل لأغذية مغايرة للحليب، ...

و من الأسباب :

لقد أجري مسح جزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 من طرف الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و بالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة، و لقد كان لنا الشرف أن نكون من بين

[1] الديوان الوطني للأسرة و العمران البشري و جامعة الدول العربية، المسح التونسي لصحة الأسرة التقرير الرئيسي، سبتمبر 2002، ص 210.

المشاركين في كل مراحل إنجاز هذا المسح سواء في الجزائر مع الديوان الوطني للإحصائيات أو في مصر في إطار ورشة أشغال جامعـة الـدول العربية، و خاصة كنا من بين الباحثين الذين قاموا بتحليل البيانات الخاصة بالتقرير النهائي من خلال الفصـل الخامـس الـذي قمنا بإعداده و الخاص "بالرضاعة الطبيعية و سوء التغذية"، الشيء الذي دفعنا للبحث في الموضوع و التعمق فيه أكثر.

إن المنهجية هي المقياس الأساسي لليقين العلمي، فلا علم بدون منهجية علمية، إن هذا يقودنا إلى قبول قول "فرانسيس بيكون" : نحن على يقين من منهجنا و ليس من موضوعنا.

1- البحث الاستطلاعي

يهدف البحث الاستطلاعي إلى اختبار الاستبيان و إلى تحسين مستوى أداة قوة العمل الميداني فهو صورة مصغرة للعمل الميداني تماما، إذ يعكس نظامه و النوعية المتوقعة من الأفراد، كما ينبغي أن تكون هذه العملية أكثر انضباطا لكي يتسنى تحديد أوجه النقص الممكنة و تجنبها في الميدان الفعلي[1].

و بالفعل لقد اتجهنا إلى ميدان البحث لاختبار الاستبيان المتمثل في مـركز حمايـة الأمومـة و الطفولة التابع للقطاع الصحي بباب الزوار (5 جويلية)، و قمنا باستجواب مجموعة من النساء كعينة اختبارية و اللواتي التحقن بالمركز بغرض الفحص أو من أجل تلقيح أطفالهن.

و قد دام البحث الاستطلاعي 5 أيام أي من 09 إلى غاية 13 أكتوبر من سنة 2004 و بالتالي تم استجواب 20 أما.

و كما هو الحال و بعد هذه المرحلة قمنا بتعديل صياغة بعض الأسئلـة و تعديل بعضها الآخر و هذا بغرض الحصول على نتائج مرضية قدر الإمكان، قمنا بصياغة استمارة نهائية.

2- العينة و كيفية اختبارها

[1] ندوة مسوح الأسرة حول الصحة و التغذية (تونس 9-20 أكتوبر 1989)، إدارة الشؤون الفنية للنشر و الطباعة، مطابع جامعة الدول العربية، 1990، ص 60.

إن تصميم العينة يعتمد على موضوع البحث و الهدف منه، و يعتمد على دقة المعلومات التي يسعى الباحث لتحقيقها في بحثه، إضافة إلى اعتمادها على طبيعة السكان المبحوثين[1].

و يقصد بالعينة اختيار مجموعة من الأشخاص أي جزء من مجموع المجتمع الكلي أو الأصلي عن طريق المعاينة التي تعتبر الطريقة التي يتم اختيار العينة التي يجب أن تكون قادرة على أن تمدنا بعينة ممثلة للمجتمع الكلي، بمعنى أن تنعكس كل خصائص المجتمع الأصلي في العينة[2].

و تتعدد أنماط العينات و تختلف سواء من حيث طبيعتها أو استعمالها تبعا لنوعية الموضوع المدروس و الهدف منه.

انطلاقا من طبيعة الموضوع الذي يهتم بتحليل بعض العوامل السوسيوديمغرافية المؤثرة على مستوى معارف و مواقف و اتجاهات الأمهات إزاء نوع الرضاعة، و لكون مجتمع بحثنا يفتقد إلى قوائم توزيع النساء القاطنات في البلدتين اللتين أجري فيهما التحقيق و اللتين تم اختيارهما كميدان للدراسة وفق المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية التي نستطيع من خلالها استخراج وحدات البحث، و كذا عدم وجود قوائم النساء الوافدات على هذه المراكز و لا الملفات الخاصة بهن، فخلال كل يوم يتغير عدد الوافدات و كذا السماح لغير القاطنات في تلك البلدية الحضور إلى هذه المراكز.

لهذا اضطررنا إلى اختيار عينة بطريقة أسلوب الاختيار المكاني بسبب عدم العثور على قاعدة المعاينة، إذ اعتمدنا أثناء قيامنا بالتحقيق باستجواب الأمهات اللاتي يحضـرن إلى هذه المراكز و التي تتوفر فيهن الشروط، و تسمى هذه العينة المكانية و مبدأ هذه العينة أنه عند غياب قاعدة المعاينة نستطيع تكوين عينة بقصد مكان معين و استجواب الأشخاص المعنيين بالدراسة[3].

---

[1] محمد الحسن إحسان، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، بيروت 1986، ص 19.

[2] محمد زيان عمر، البحث العلمي، مناهجه و تقنياته، دار الشروق للنشر و التوزيع و الطباعة، الطبعة 4، المملكة العربية السعودية، ص 282.

[3] Ghiglione (R) Matalon (B), Les enquêtes sociologiques, Edition Armand Collin, 4ème édition, 1985, p. 36.

لقد قدر حجم العينة بـ 300 أم، و قمنا باستجواب 85 امرأة عاملة و 215 امـرأة غير عاملة و كل واحدة تختلف عن الأخرى سواء في المستوى التعليمـي، و السـن، و النمـط المعيشي، و عـدد الأطفال و في نمط إرضاع الطفل.

3- مجالات البحث

3-1 المجال البشري

إن الهدف من طرح الأسئلة المتعلقة بمعارف و مواقف و ممارسات الأمهات إزاء نوع الرضاعة يكمن في اكتشاف كل من واقع الصحة و الدور الذي تلعبه الأم باعتبارها المحور الرئيسي للرعاية الصحية لكل أفراد أسرتها، و كذا حول نوع الرضاعة الممارس و التعرف إلى المستوى المعرفي للأم اتجاه حفظ الصحة و تغذية الطفل و مستقبل الرضاعة الطبيعية بالنسبة للواتي يرغبن في المزيد من الأطفال. لقد تم البحث الميداني الخاص بهذه الدراسـة مع الأمهات اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة و لديهن على الأقل طفل دون السنتين، و هذا مهما كان نوع رضاعته، و قمنا باختيار آخر مولود حتى يتسنى تذكر كل تفاصيل الرضاعة الطبيعية و الاصطناعية و المختلطة.

3-2 المجال الجغرافي

إن خير الأماكن للاتصال بالأمهات إنما هي مراكز الصحة (مراكز حماية الأمومة و الطفولة). لقد أجري البحث الميداني في عيادة متعددة الخدمات (5 جويلية) بباب الزوار التابعة للقطاع الصحي لرويبة، و عيادة متعددة الخدمات بباب الواد (ديار الكاف) التابعة للقطاع الصحي لبولوغين.

1- العيادة المتعددة الخدمات (5 جويلية) بباب الزوار

يرجع اختياري لهذه العيادة دون غيرها من العيادات الأخرى إلى سهولة التنقل إليها و لأنها تقع في بلدية إقامتنا.

لقد تم الشروع في بناء هذا المركز سنة 1982، أما فيما يخص سنة بداية نشاطات المركز فقد كانـت في أواخـر سنة 1987، حيث كان المركز آنذاك تابعا للقطاع الصحي لبلدية الحراش، و بعد إعادة التقسيم الجديد الخاص بالولايات و البلديات أصبحت العيادة تابعة للقطاع الصحي لرويبة.

يتكون هذا المركز على التخصصات التالية :

- الطب العام
- طب أمراض القلب
- طب أمراض الجهاز التنفسي
- طب الأطفال
- طب الأسنان
- مختص نفسي
- مخبر التحاليل الطبية
- الاستعجالات الطبية

إضافة إلى مصلحة الأمومة و الطفولة التي تم فيها البحث و بها توجد قابلتين و ممرضتين بالإضافة إلى قاعة العلاج التي نجد فيها 8 ممرضين، كما نجد أيضا 3 أعوان إداريين و عاملي الاستقبال و كذا 5 أعوان الأمن. أما فيما يخص عدد الأطباء فيتوزعون كما يلي :

- عشرة (10) أطباء عامين
- طبيب واحد مختص في كل التخصصات المذكورة سابقا.

و هناك أيضا رئيس الأطباء و رئيس المصلحة الذي يشرف على التنسيق بين مختلف التخصصات.

يبلغ متوسط عدد المرضى يوميا لجميع التخصصات حوالي 360 مريضا.

مصلحة حماية الأمومة و الطفولة

تبدأ نشاطات المصلحة على الساعة الثامنة و النصف صباحا إلى غاية الثالثة مساء و يتمثل برنامج المصلحة حسب أيام الأسبوع و وفقا للدور الذي تقوم به القابلة في الجدول الموالي :

أيام الأسبوع	الفترة الصباحية	الفترة المسائية
السبت	- تطعيم الأطفال ضد الدرن (BCG) بالنسبة للأطفال الذين لم يتلقوا التلقيح في المستشفى إثر ولادتهم و كذا بالنسبة للأطفال الذين تلقوا التطعيم و بسبب عدم ظهور العلامة في الذراع يتم إعادة تطعيمهم للمرة الثانية	- توزيع موانع الحمل المتمثلة في الحبوب و اللولب، و العازل الواقي للرجال، ... - عملية المسح المهبلي (Frottis)
الأحد	يتم تلقيح الأطفال من 1 إلى 18 شهرا حسب رزنامة التلقيح	
الاثنين	الرعاية الصحية أثناء الحمل : التطعيم ضد الكزاز للنساء الحوامل	الرعاية الصحية بعد الولادة : علاج المضاعفات الصحية بعد الولادة و يتم أثناء هذه الاستشارة تشجيع الإرضاع الطبيعي، إجراءات استخدام الرضاعات
الثلاثاء	يتم تلقيح الأطفال من 1 إلى 18 شهرا حسب رزنامة التلقيح	
الأربعاء	- وضع أو نزع اللولب - عملية المسح المهبلي	توزيع موانع الحمل
الخميس	مخصص لترتيب الملفات و الأعمال الإحصائية	

2- العيادة المتعددة الخدمات (ديار الكاف) بباب الواد

يعد اختيارنا لهذا المركز لكون أن بلدية باب الواد تعد من بين الأحياء الشعبية التي يكتظ بها السكان، و أن النساء يتوافدن عليه من كل المستويات و من جميع الطبقات و نشير إلى أن المركز تحاط به عدة بيوت قصديرية.

لقد تم الشروع في بناء هذا المركز سنة 1985، أما سنة بداية نشاطات المركز فكانت في سبتمبر من سنة 1989، كما أن المركز تابع للقطاع الصحي ببولوغين.

يتكون هذا المركز من التخصصات التالية :

- الطب العام
- طب الأطفال
- طب الأسنان
- الطب الداخلي
- مصلحة الأمومة و الطفولة التي أجري فيها البحث الميداني و بها توجد قابلة و ممرضة بالإضافـة إلى قاعة العلاج و يوجد بها 6 ممرضين، كما يوجد أيضا 5 أعوان إداريين و 3 أعوان أمن. و فيما يخص توزيع الأطباء :
- سبعة (7) أطباء عامين
- طبيب واحد مختص في كل التخصصات
- رئيس الأطباء و رئيس المصلحة.

مصلحة الأمومة و الطفولة : و يتمثل برنامج المصلحة في الجدول التالي :

أيام الأسبوع	الفترة الصباحية	الفترة المسائية
السبت	- الرعاية الصحية أثناء الحمل - متابعة الحمل و المراقبة الطبية التطعيم ضد الكزاز للنساء الحوامل	توزيع موانع الحمل
الأحد	تطعيم الأطفال من 3 أشهر إلى غاية 05 أشهر (الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، الشلل)	
الاثنين	- وضع أو نزع اللولب عملية المسح المهبلي	توزيع موانع الحمل
الثلاثاء	تلقيح الأطفال ضد الدرن (BCG) و البوحمرون (Rougeole)	
الأربعاء	- الرعاية الصحية بعد الولادة المراقبة الطبية و علاج المضاعفات الصحية بعد الولادة و أثناء هذه الاستشارة، تتلقى الأم نصائح حول أهمية و قواعد الرضاعة الطبيعية	توزيع موانع الحمل
الخميس	مخصص لترتيب الملفات و الأعمال الإحصائية	

3-3 المجال الزمني

بعد انتهاء من البحث الاستطلاعي الذي قمنا من خلاله بتشخيص مواطن الضعف و الخلل في صياغة و تنظيم أسئلة الاستبيان، قمنا بصياغة استمارة نهائية و بدأ التحقيق الذي دام شهرا كاملا و بالضبط من 28 نوفمبر 2004 إلى غاية 29 ديسمبر من نفس السنة و خلال هذه المدة قمنا باستجواب 300 أم. كنا نذهب إلى مصلحة حماية الأمومة و الطفولة كل يوم ما عدا يوم الخميس، و كنا نبدأ من الساعة الثامنة و النصف صباحا إلى غاية منتصف النهار و هذا بالنسبة للأيام المخصصة للتلقيح حسب الموعد و هي الأحد و الثلاثاء، أما بالنسبة للأيام الأخرى كالسبت و الاثنين و الأربعاء فكنا نبدأ العمل من الساعة الثامنة و النصف إلى غاية الرابعة مساء حيث يتم فيها فحص النساء قبل و بعد الولادة بالإضافة إلى توزيع موانع الحمل.

و نشير إلى أن التلقيح يتم في الفترة الصباحية، أما الفترة المسائية فكنا نعمل فيها مع طبيبة الأطفال، حيث كنا نملئ الاستبيانات الخاصة بالنسبة للنساء اللاتي قصدن المركز لغرض عملية فحص الأطفال من خلال الزيارات المنتظمـة منذ الـولادة، و مراقبة نمو الطفل، و مراقبة التطور التنفسي الحركي، و تشجيع الإرضاع الطبيعي و يجب على كل امرأة اصطحاب الدفتر الصحي عند كل استشارة.

و يقدر عدد النساء المقبلات على المركز بحوالي 300 امرأة في الشهر الواحد أي بمعدل 15 امرأة يوميا في الأيام المخصصة للتشخيص، أما بالنسبة لعدد النساء المقبلات إلى المصلحة لغرض تلقيح أطفالهن فيصل عددهن 35 إلى 40 امرأة في اليوم.

و نشير إلى أن عدد النساء اللائي يلتحقن بالمركز يتغير من يوم لآخر، حيث هناك بعض النساء يترددن عليه مرات متكررة خلال فترة البحث، في حين أن هناك نساء أخريات لم يلجأن إلى المركز إلا مرة واحدة خلال هذه الفترة.

فيما يخص متوسط عدد الاستبيانات المملوءة في اليوم الواحد فكان يتراوح ما بين 5 إلى 10 استبيانات في أيام السبت و الاثنين و الأربعاء، أما الأيام الأخرى المخصصة للتطعيم فيصل ما بين 10 إلى 15 استبيانا و هذا راجع للتوافد الكبير للنساء خلال أيام التلقيح.

4- الأدوات المستعملة في جميع البيانات

إن كل بحث مهما كان نوعه، يفرض على الباحث الاعتماد على عدة أدوات يتم بفضلها جمع البيانات، و من بين الأدوات المستعملة نجد :

الملاحظة

تعد الملاحظة أداة مكملة للإطلاع على المشكلة المطروحة و جمع البيانات النظرية و في تفسير بعض الجوانب في الدراسة الميدانية.

إن الدراسات من نوع C.A.P. [1] تحتاج إلى ملاحظة سلوك الأمهات أمام المواقف التي تتخذها اتجاه طفلها، فالأسرة هي الإطار الأشمل الذي يمكن فيه دراسة واقع إنتاج الصحة و دور المرأة في ذلك، حيث تعد هذه الأخيرة مصدر حياة الطفل من حيث الغذاء و العناية به، فهي التي ترضعه و تلبي حاجياته.

لقد اكتفينا باستجواب الأمهات في مركز حماية الأمومة و الطفولة، بالرغم من أننا كنا نود مشاهدة كيفية تغذية الطفل، و نوع الرضاعة الممارس، و تعقيم الزجاجات، ... و لكن كان يبدو هذا صعبا جدا لأنه ليس من السهل زيارة النساء في بيوتهن، لكن لم يمنعنا هذا من الاستفادة من هذه الأداة من خلال الأجوبة التي أدلت بها بعض الأمهات و التناقض في بعضها، لكن بالإصرار منا و إعادة طرح السؤال بطريقة غير مباشرة (خاصة منها المتعلقة بتعقيم الزجاجات، و نوع المياه، و نوع الرضاعات، ...) توصلنا نوعا ما إلى الإجابة.

[1] C.A.P. : Connaissances, Attitudes et Pratiques.

المقابلة

تعتبر المقابلة وسيلة للحصول على المعلومات المطلوبة عن طريق توجيه الأسئلة إلى الأفراد المؤهلين حول موضوع معين، فهي تساهم في نضج الخبرات الميدانية عند الباحث، فيصبح أكثر فهما و التصاقا بتفاصيل الاستمارة و مزاياها و صعوبتها و سيئاتها[1].

و هناك عـدة قواعـد لإجـراء المقابلـة المتمثلة في كسب ثقة المبحوثة، و انفرادية المقابلة، و الالتزام بتسلسل الأسئلة، و تجنب التوقعات، و عدم التعجل في إتمام المقابلة.

فالمقابل في هذا النوع من المقابلة يركز جهوده على قراءة الأسئلة على المبحوثة و سماع الأجوبة و تدوينها في الاستمارة[2].

و قد شملت أسئلة المقابلة على :

1- أسئلة مغلقة : و هي الأسئلة التي حددت إجابتها مسبقا.

2- أسئلة مفتوحة : و هي الأسئلة التي تطرح للمبحوث بالإجابة عليها كما يشاء الإجابة عليها إما باختصار أو بالتفصيل[3].

3- أسئلة مفتوحة – مغلقة : يعتبر هذا النوع من الأسئلـة من الأشكال الوسيطية بين الأسئلة المفتوحـة و الأسئلة المغلقة، و هذا اقتراح مجموعة من الأجوبـة يضعها الباحث و يترك

[1] الدكتور خير الله عصار، محاضرات في منهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982، ص 71.

[2] المشروع العربي لصحة الأسرة، دليل ارشادات المبحوثات، طبع بمطابع جامعة الدول العربية، المعادي، 2001، ص 10.

[3] إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت، ط2 1986، ص 86.

للمبحوث حرية الاختيار، و يمكن أن تكون الأسئلة مفتوحة أو مغلقة و يسمى هذا النوع من الأسئلة « Questions cafétéria » [1].

قبل الشروع في ملء الاستمارة على الباحـث كسب ثقـة المبحوث مـن خلال بساطة المظهر، و السلوك الودي، و تقديم الباحث نفسه للمبحوث، و شرح مبسط لأهداف البحث. لقد تمت المقابلة مع المبحوثات باللهجة الجزائرية الدارجة بالنسبة للأمهات اللواتي لم يلتحقن بالمدرسة أو الأميات اللائي تحدد تكوينهن في مجرد القراءة و الكتابة، أما الأمهات اللاتي تحصلن على مستوى دراسي معين أي من التعليم الابتدائي إلى الجامعي، فقد طرحت عليهن الأسئلة باللغتين العربية و الفرنسية أي تبعا للغة التي يتكلمنها كثيرا و يجدن فيها راحتهن أكثر كالنساء العاملات ذوات المستوى الجامعي، و هكذا حتى تكون المستجوبة في راحة تامة و تتحدث بكل حرية.

و بالرغم من بذل قصارى جهدنا لخلق علاقة ودية بيننا و بين المبحوثات إلا أن البعض منهن لم يكن مرتاحات و هناك من رفضن الإجابة تماما، و هناك من وجدناهن مترددات خاصة عند طرح الأسئلة المتعلقة بنوع الرضاعة و تعقيمها و دخل الأسرة.

لكن هناك من الأمهات الكثيرات اللائي تحدثن بالتفصيل عن أمور كثيرة مرتبطة بكيفية ممارسة الرضاعة الطبيعية و كذا استعمال وسائل منع الحمل ... التي خدمت فعلا بحثنا.

الاستبيان

هو مجموعة من الأسئلة موجهة للمبحوثة و هي مدروسة بعناية فائقة و الشرط الأول لسؤال جيد هو ارتباطه الوثيق بمشكلة البحث التي يجب أن تصاغ على شكل أسئلة محددة تشكل أسئلة الاستمارة في مجموعها عناصر "صغيرة" لتلك الأسئلة الكبيرة، لذا يجب دائما التأكد من سلامة العلاقة بين الأسئلة الكلية و بين أبعاد المشكلة و بين أسئلة الاستمارة[2].

[1] DELBAYLE, Jean Louis Loubet, Introduction aux méthodes des sciences sociales, Toulouse, Editions 1989, p. 63.

[2] الدكتور خير الله عصار، محاضرات في منهجية البحث الاجتماعي، مرجع سابق، ص 73.

و قد اعتمدنا أثناء جمع البيانات على أسلوب التسجيل الذاتي للبيانات[1].

و لقد تضمن الاستبيان على أجزاء متمثلة في :

الجزء الأول : تضمن الخصائص السوسيوديمغرافية و الاقتصادية للأسرة (سن الأم، مستواها الدراسي، حالتها الفردية، عدد أطفالها، المستوى التعليمي للزوج و مهنته، نوع المسكن، عدد الأفراد في المسكن، دخل الأسرة، و معلومات تخص آخر مولود المعني بالدراسة).

الجزء الثاني : يخص الرعاية الصحية للأم قبل و بعد الولادة.

الجزء الثالث : يخص الرضاعة الحالية (وقت التحقيق)، بتسليط الضـوء على مستـوى معارف و مواقف و ممارسات الأمهات إزاء نوع الرضاعة (معرفة فوائد السائل الأول الذي يفرزه الثدي و الذي يسمى بالكولستروم « Colostrum » أو "اللبا" بالدارجة أو "أذغس" بالأمازيغية، و كذا حول مدة الرضاعة الطبيعية، أسباب التوقف عن الرضاعة، الفطام، توقيت بدأ إعطاء الأغذية التكميلية، و كذلك محاولة التعرض إلى المستوى المعرفي للأم اتجاه حفظ الصحة و تغذية الطفل مثل تعقيم الزجاجات، نوع المياه المستعملة، نوع الحليب المعطى للطفل و استشارة الطبيب في ذلك، ...

الجزء الرابع : الرضاعة الطبيعية و استعمال وسائل منع الحمل.

الجزء الخامس : نوع الرضاعة و التربية الصحية و النية في ممارسة الرضاعة الطبيعية مستقبلا (أكثر تفاصيل انظر مضمون الاستبيان).

الوثائق

لقد تم الاستعانة ببعض الوثائق الرسمية التي ساعدت على جمع بعض المعلومات أو التأكد من صحتها كتاريخ ميـلاد الأم، تاريـخ ميـلاد الطفل، عدد الأطفال، ... و تتمثل هذه الوثائـق في الدفتر العائلي، و الدفتر الصحي للأم و الدفتر الصحي للطفل.

[1] محمد حسن باقر، استخدام الحاسب الآلي في إعداد و تحليل البيانات و المؤشرات الإحصائية، المعهد العربي للتدريب و البحوث الإحصائية، بغداد 1989، ص 32.

5- تكوين الجداول و معالجتها إحصائيا

بعد عملية جمع البيانات قمنا بمعالجتها، حيث تم أثناء هذه المرحلة تحويل لبيانات من الصيغة الواردة ضمن الاستبيان إلى الصيغة النهائية خاصة في حالة المعالجة الآلية للبيانات باستعمال الحاسوب الآلي. و من بين أهم العمليات التي عولجت قبل إدخال البيانات في الحاسوب هي عملية التدقيق و ترميز الأسئلة و إعدادها للتبويب ثم إدخال البيانات في الحاسوب. فيما يخص البرنامج الإحصائي الذي استعنا به هو استخدام منظومة SPSS و هو نظام إحصائي متكامل يستخدم لإدخال البيانات و إجراء التحليل الإحصائي البسيط و المتقدم في العلوم الاجتماعية بدءا من الجداول التكرارية إلى إجراء اختبارات الفروض الإحصائية[1].

فيما يتعلق بالمقاييس النزعة المركزية المستعملة في تحليل البيانات هي :

المتوسط الحسابي : و هو من أهم مقاييس النزعة المركزية، و تكون عملية حساب المتوسط الحسابي إما بطريقة البيانات غير المبوبة أو عن طريق البيانات المبوبة و تكون هذه الأخيرة في شكل جدول تكراري، و هو عبارة عن مجموع القيم الخاصة بظاهرة معينة مقسوم على عددها[2].

الانحراف المعياري : هو الجذر التربيعي لمتوسط مجموع مربعات انحرافات القيم عن الوسط الحسابي، كما تكون قيمة الانحراف المعياري حدا أدنى إذا كانت الانحرافات مقاسة عن الوسط الحسابي و هو كثير الاستخدامات إذ لا تكاد تخلو أية طريقة إحصائية من الاعتماد عليه[3].

معامل الارتباط : لغرض إجراء الاختبارات الإحصائية لقـد اعتمـدنا في تحليلنا للفـرضيات و باستخدام منظومة SPSS، معامل الارتباط لبيرسون و الهدف منه هو محاولة إيجاد الارتباط و تحديد العلاقة بين المتغيرات المختلفة.

[1] باقر محمد حسن، استخدام الحاسب الآلي في إعداد و تحليل البيانات و المؤشرات الإحصائية، مرجع سابق، ص 96.

[2] الكندري عبد الرحمان رمضان، مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي، منشورات ذات السلاسل، الطبعة الأولى، الكويت، 1985، ص 97.

[3] بوشاشي بوعلام، فوائد الإحصاء، طبع بمطبعة هومه، الجزائر، ص 156.

و العلاقة بين المتغيرات كثيرة و متشعبة، فالمتغيرات لا تتحرك بمعزل عن غيرها، حيث أنها تتحرك فتؤثر و تتأثر بما يحيط بها من متغيرات أخرى.

إن معامل الارتباط يقع ما بين (-1) و (+1) فهو لا يزيد عن الواحد الصحيح الموجب و لا يقل عن الواحد الصحيح السالب بمعنى :

- إذا كان معامل الارتباط مساويا لـ (+1)، فهذا يعنـي أن هذا الارتباط يعتبـر ط ـرديا و عند قياسه نحصل على جواب موجب.
- إذا كان معامل الارتباط مساويا لـ (-1)، فهـذا يعني أن هذا الارتباط يعتبـر ط ـرديا و عند قياسه نحصل على جواب سالب.
- إذا كان معامل الارتباط معدوما أي مساويا للصفر (0)، فهذا يعني أنه لا يوجد ارتباط بين المتغيرات[1].
- و يتم حساب معامل الارتباط لبيرسون كالآتي :

$$\text{معامل الارتباط لبيرسون} = \frac{\sum (س \cdot ص)}{(\sum س^2) \cdot (\sum ص^2)}$$

و يعبر القانون عن مجموع حاصل ضرب الانحرافات المتقابلة عن المتوسط الحسابي س و ص مقسوم على مجموع مربع الانحرافات من المتوسط للمتغير س مضروب في مجموع مربع الانحرافات عن المتوسط للمتغير ص[2].

[1] الهانسي مختار محمود، مقدمة الطرق الإحصائية، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، 1982، ص 40.

[2] عبد الله رمضان الكندري، مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي، مرجع سابق، ص 157.

الفصل الثاني

لمحة عن مستويات الرضاعة الطبيعية و مميزاتها

المبحث الأول : خلفية تاريخية عن التطورات الإحصائية للرضاعة الطبيعية في العالم

1- تطور الرضاعة الطبيعية في البلدان المتقدمة :

لقد عرفت البلدان المتقدمة تراجعا في معدلات الرضاعة الطبيعية في السنوات الربعينات إلى غاية السبعينات، حيث بلغ معدل الرضاعة الطبيعية في الولايات المتحدة الأمريكية في سنة 1940 نسبة 65 % و انخفض إلى 23 % في سنة 1972. و انطلاقا من هذه السنة، قامت البلدان المصنعة بتصميم أعمال إستراتيجية تهدف إلى حماية و تعزيز الرضاعة الطبيعية و السعي نحو ترقية جميع الأعمال التي تشجع و تدعم الإرضاع الطبيعي من خلال رعاية الحمل و الولادة و كذا محاربة سوء التغذية، و قد وصل معدل الرضاعة الطبيعية في الولايات المتحدة الأمريكية في سنة 1979 إلى 51 %[1].

و انطلاقا من أعمال المنظمة العالمية للصحة OMS و منظمة الأمم المتحدة للأطفال UNICEF، و من خلال تقدير معدلات الرضاعة الطبيعية للرضع بين 1986-2000 و هذا من خلال المبادرات التي قامت بها المستشفيات الصديقة للرضع، حيث أجريت عدة دراسات تبين ارتفاع الرضاعة الطبيعية في أغلب البلدان الأوروبية حيث تجاوز المعدل 90 % في كل من الدانمارك و السويـد و النمسا و سويسـرا و رومانيا و تركيا. كما و لقد بلغ 85 % في كل من ألمانيا و إيطاليا و كرواتيا، 52 % في فرنسا و 34 % بإيرلندا، و يتضح هذا من الجدول التالي :

[1] Si Ahmed S.R., L'allaitement maternel, Entreprise Nationale du Livre, 1989, p. 3.

الجدول رقم 02 : تطور الرضاعة الطبيعية في بعض البلدان الأوروبية

البلد	السنة	معدل الرضاعة الطبيعية عند الولادة (%)
فرنسا	2000	52,3
الدانمارك	1986	99
إيرلندا	1986	34
إيطاليا	1995	85,3
النمسا	1997	98
رومانيا	1991	91
إسبانيا	1986	97
السويد	1991	91
سويسرا	1994	92
تركيا	1993	95
كرواتيا	1986	85
ألمانيا	1995	85
* OMS.UNICEF. Baby Friendly Hospital Initiative, Etats-Unis, Nov./Déc. 2000.		

أما فيما يخص مدة الرضاعة الطبيعية، فهي تختلف كثيرا حيث أن المدة الوسيطة للبلدان التي يتـجاوز معدلـها 90 % فتتـراوح المدة فيها بين 3 أشهر في سويسرا و 6 أشهر في الدانمارك و 12 شهرا في تركيا، أما المدة المتوسطة فقد بلغت 8 أشهر في الدانمارك و 9 أشهر في رومانيا و 6 أشهر في السويد و 13 شهرا في تركيا.

أما بالنسبة لنسب الرضاعة المطلقة فهي ترتفع في الشهور الأولى و تنخفض بارتفاع سن الطفل.

الجدول رقم 03 : نسبة الرضاعة المطلقة في بعض البلدان الأوروبية حسب عمر الطفل

البلد	السنة	شهر	شهران	3 أشهر	4 أشهر	5 أشهر	6 أشهر	أقل من 4 أشهر	12 شهرا	20 شهرا
الدانمارك	1986	82	80	-	-	-	4	-	16	7
رومانيا	1991	-	-	-	-	-	-	-	35	-
السويد	1994	-	78,5	-	64,1	-	40	-	-	18
سويسرا	1994	71	62	48	32	11	32	65	-	-
تركيا	1993	-	-	-	-	-	-	14	48	14
إيطاليا	1995	-	-	37,7	-	-	8,1	-	-	-
النرويج	1991	-	-	80	-	-	-	-	-	-
ألمانيا	1996	-	-	60	-	-	45	-	-	-
إيرلندا	1992	-	-	38	-	-	26	-	-	-

*** UNICEF, OMS. Progress Report Baby Friendly Initiative, Etats-Unis, Mai 1997.**

و في سنتي 1996-1998 و بالضبط في إيطاليا، تم تدريب جميع العاملين في خدمات الرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ سياسات الرضاعة الطبيعية و تطبيق ما جاء به مشروع مستشفيات أصدقاء الرضع إثر دراسة أجريت في عدة مراكز مختصة بشؤون الأمومة و الطفولة، و قد قسمت هذه المراكز إلى مجموعتين، حيث تحتوي المجموعة الأولى على 4 مراكز كبرى تقع في جنوب إيطاليا، أما المجموعـة الثانية فهي تحوي 4 مراكز تقع في وسط و شمال إيطاليا و قد بينت النتائج ارتفاعا كبيرا في معدلات الرضاعة الطبيعية (أنظر الجدول التالي).

الجدول رقم 04 : تطور معدل الرضاعة الطبيعية في إيطاليا ما بين 1996-1998 قبل و بعد عملية التدريب

المجموعتان	معدل الرضاعة الطبيعية عند الخروج من المستشفى		معدل الرضاعة الطبيعية عند 03 أشهر		معدل الرضاعة الطبيعية عند 06 أشهر	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
المجموعة الأولى	41	77	37	50	43	62
المجموعة الثانية	23	73	40	59	41	64

*** UNICEF. Baby Friendly Hospital. News, Déc. 2001.**

و هكذا انتشرت الرضاعة الطبيعية عبر مختلف البلدان الأوروبية بفضل حملات تربوية منظمة من وزارة الصحة و السكان و بفضل تطبيق مشروع المستشفيات أصدقاء الرضع، ففي روسيا أصبحت النساء يجبرن على إرضاع أطفالهن خلال الأيام الأولى بعد الولادة و لا يسمح لهن

بإرضاعهم اصطناعيا، فهؤلاء النساء يمكثن لمدة أسبوعين في المستشفى و تمنح لهن عطلة الأمومة التي تستغرق مدتها شهرين قبل و بعد الولادة، و بمجرد عودة الأم إلى العمل تقوم الحضانة برعاية الطفل، و في نفس الوقت تقوم الأم بإرضاع طفلها عند وقت الرضاعة. كما أنشئت مجموعات عديدة عبر العالم تعمل من أجل رفع تطوير من قيمة الحليب الطبيعي، ففي يوغسلافيا مثلا، النساء المرضعات تمنح لهن عطلة أمومة مدتها 6 أشهر، و في كندا تمنح الأمهات المرضعات عطلة أمومة مدتها سنة كاملة.

و في مجال تحقيق الصحة و التغذية المثالية للطفل، وضع مشروع من قبل خبراء الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية "تحقيق الصحة للأمومة و الطفولة لسنة 2010" و الهدف منه هو الوصول إلى معدل الرضاعة الطبيعية عند الولادة قدره 75 % و 50 % و ما بين 5 و 6 أشهر و 25 % عند السنة من العمر و هذا في سنة 2010[1].

2- تطور الرضاعة الطبيعية في بلدان العالم الثالث :

لقد عرفت الرضاعة الطبيعية انخفاضا سريعا في العالم النامي إثر الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية، بحيث انخفضت بدرجة ملحوظة في أغلبها و لم يحدث في تاريخ البشرية أن حدث مثل هذا التغير السريع و هذا الانخفاض يعود إلى تأثير سكان العالم النامي باستعمال مسحوق اللبن الذي كان يوزع مجانا عن طريق الوكالة الدولية و المحلية. و مع الحماس لزيادة أرقام المبيعات، لجأ عدد من الشركات إلى بعـض الأساليـب مثل استعمال "ممرضات اللبـن" و تقديم الهدايا من مسحوق اللبن من مستشفيات الـولادة، و تحت تأثير هـذه الدعايـة المكثفة و بسبب الافتقار إلى الإجراءات الحاسمة من جانب العاملين في المجال الصحي أدى هذا انخفاض ملحوظ.

و كأمثلة عن بعض البلدان التي انخفضت فيها نسبة الرضاعة الطبيعية هي الفلبين الذي بلغت فيه نسبة الرضاعة عند الولادة 68 % و انخفضت حتى 58 % عند الشهر السادس، أما في

[1] Hélène CANTLIE, L'allaitement maternel, Edition Maison des Livres, Alger, 1996, p. 20.

سنغافورة فقد سجلت نسبة الرضاعة الطبيعية فيها عند الولادة بـ 71 % و انخفضت حتى 51 % عند الشهر الثاني عشر[1].

لقد أدى هذا الانخفاض إلى انتشار عدة أمراض كالإسهال و الهزال اللذين كانا مصدر قلق المسؤولين في الصحة، و أيقظ ضمير المجتمع في كثير من المجتمعات الغربية. أما بالنسبة للبلدان النامية فقد أصدر عدد كبير من الحكومات التشريعات التي تمنع الإعلان عن مسحوق اللبن و من شأن هذه القوانين بالرغم من صدورها أن تمهد السبيل أمام إيجاد التشريعات الاجتماعية الضرورية للتطور الطبيعي لوسائل رعاية الطفل و رفاهيته[2].

لهذا أدركت العديد من الحكومات و منها العربية هذه الأهمية حيث قامت بوضع العديد من برامج التوعية و التثقيف سواء للأمهات أو العاملين في المجال الصحي. كذلك أسهمت العديد من المنظمات الدولية و على رأسها منظمتي OMS و UNICEF في إدخال مشروع مستشفيات أصدقاء الرضـع، و قد اختيرت اثنتا عشرة دولة لتنفيذ هذا المشروع الذي يقوم على ضرورة إرضاع الطفل منذ الساعة الأولى من الولادة، و تطبيق عشر خطوات أساسية للرضاعة سبق وضعها بتدريب الأمهات على أصول و قواعد الرضاعة السليمة[3].

لقد انتشرت الرضاعة الطبيعية في أغلب الدول العربية و الجدول التالي يوضح ذلك.

---

[1] ج ج إبراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، صادرة عن المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط التابع للمنظمة العالمية للصحة، الإسكندرية، أكتوبر 1981، ص 93.

[2] مرجع سابق، ص 95.

[3] د. بثينة الديب، د. هبة نصار، د. محمد نجيب، التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي – 1996- إصدار المجلس العربي للطفولة و التنمية، طبع بالمركز المصري العربي، القاهرة، 1997، ص 121.

الجدول رقم 05 : نسبة الأمهات اللائي يرضعن أطفالهن طبيعيا عند الأشهر 3 و 6 و 12 و 24 شهرا خلال الفترة من 1985-1989 و 1990-1994

البلد	3 أشهر		6 أشهر		12 شهرا		24 شهرا	
	85-89	90-94	85-89	90-94	85-89	90-94	85-89	90-94
الأردن	13	80	31	71	50	52	15	12
الإمارات	88	-	59	-	26	26	2	-
البحرين	35,6	-	40	-	30	-	4,19	-
الجزائر	49	-	44	-	32,6	-	10,4	-
السعودية	81,8	84,3	69,2	77,7	53,9	44,7	-	5,3
السودان	93,1	92,8	93,1	91,8	93,1	81,1	41,2	16,6
الصومال	92	-	-	-	54	-	36	36,3
العراق	64	58,04	55	49,7	45	37,1	-	-
الكويت	30,5	-	18,7	-	8,1	-	11	-
المغرب	90,4	62	81,3	21,2	70,3	65	13,7	1,8
اليمن	80	-	60	-	55	-	12	-
تونس	92,9	-	85	-	59,8	-	19,3	-
جيبوتي	20,3	70	21	42	26	15	12	2
سوريا	82	91,5	75	86,7	66	63,7	58	2,7
عمان	98	60	95	22	84	10	-	-
لبنان	50	50	40	40	15	15	-	-
مصر	89	96,1	81,5	93,6	68,1	86	12,5	15,5
موريطانيا	90,4	98,3	86	97	67	86,5	-	-

*** التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي 2001، طبع بجامعة الدول العربية، العدد 7، ص 179.**

و بدراسة و تحليل الجدول يتضح ما يلي :

1) ترتفع نسبة الاعتماد على الرضاعة الطبيعية كمصدر أولي لتغذية الرضيع خلال الأشهر الأولى، و تصل النسبة إلى أكثر من 90 % في كل من موريطانيا و مصر و السـودان و سوريا، و تزيد عن 80 % في كل من السعودية و الأردن، و تزيد على 50 % في كل من جيبوتي و المغرب و العراق و لبنان.

2) موقف الدول في الفترة (90-94) التي تزيد فيها نسبة إرضاع الأطفال حتى 6 أشهر على 90 % و هي موريطانيا و مصر و السودان، و هي الدول نفسها التي اهتمت

بالرضاعة الطبيعية حتى 3 أشهر من عمر الطفل، و إن اختلف الأمر بالنسبة لسوريا التي انخفضت فيها النسبة إلى 86,7 %.

3) مجموعة الدول التي تزيد فيها نسبة إرضاع الأطفال حتى 6 أشهر على 70 % و هي تضم سوريا و السعودية و الأردن، و قد تناقصت النسبة في تلك الدول عن النسبة السابقة.

كما تتدنى الرضاعة الطبيعية عن نسبة 50 % في كل من العراق و جيبوتي و لبنان و المغرب و عمان.

و نشير إلى أنه تصدرت السودان و مصر و موريطانيا نسبة إرضاع الأطفال طبيعيا في عمر سنة إلا أن النسبة لم تتجاوز 90 % في عمر 3 أشهر.

فيما يخص اتجاه ظاهرة الرضاعـة الطبيعيـة للانخفاض في بعض الدول، يثير عدة تساؤلات و يحتاج الأمر إلى تركيز برامج و حملات التوعية و تنشيطها.

و نظرا لأهمية الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة، يوضح الجدول الموالي نسب انتشارها في أغلب الدول العربية و قد تراوحت النسبة من 4,5 % في الكويت إلى 84,4 % في عمان، بينما النسبة في البلدان الأخرى فقد تراوحت بين حوالي 16 % إلى 68 %.

الجدول رقم 06 : نسبة الأطفال الذين بدؤوا الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة في بعض الدول العربية

البلد	الإسناد الزمني	النسبة (%)
جيبوتي	2002	[1]84,1
الإمارات	1998	58,8
البحرين	1995	37,6
تونس	2001	[2]48,2
الجزائر	2002	[3]55,4
السودان	1999	67,9
عمان	2000	84,4
الكويت	1996	4,5
لبنان	1996	47,3
مصر	2000	57
المغرب	2004-2003	[4]51,3
اليمن	1997	47,5

*** التقرير الإحصائي السنوي لواقع الطفل العربي 2002، العدد 8، ص 129.**

كما تتباين نسبة الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية مطلقة بين دول الوطن العربي تباينا كبيرا بحيث تتراوح بين 12 % (قطر و الكويت) و 66 % بالمغرب و الجدول التالي يوضح ذلك :

[1] المسح الجيبوتي لصحة الأسرة 2002، التقرير الأولي، مرجع سابق، ص 52.

[2] المسح التونسي لصحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، مرجع سابق، ص 207.

[3] المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، التقرير النهائي، مرجع سابق، ص 51.

[4] جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة، أهم المؤشرات، 2004.

الجدول رقم 07 : نسب الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية في الدول العربية

العمر بالشهور / الدول	0-4 شهور	12-15 شهرا	20-23 شهرا
الأردن	15	41	12
الإمارات	34	50	29
البحرين	13	64	63
تونس	46	59	22
الجزائر	16	55	22
جيبوتي	-	-	-
السعودية	31	59	30
السودان	19	83	31
سوريا	-	19	9
الصومال	-	-	-
العراق	17	59	30
عمان	-	-	-
فلسطين	29	49	11
قطر	12	32	21
الكويت	12	21	9
لبنان	27	35	11
ليبيا	52	73	-
مصر	60	-	-
المغرب	66	61	21
موريطانيا	-	-	-
اليمن	23	65	42

- بيانات غير متوفرة.

أما فيما يخص مدة الرضاعة الطبيعية فهي تتراوح بين 9 أشهر (الإمارات) و 19,2 شهرا في السودان، و أكثر تفاصيل أنظر الجدول الموالي :

الجدول رقم 08 : متوسط فترة الرضاعة الطبيعية باستعمال طريقة P/I في بعض الدول العربية

الدول	تاريخ إجراء المسح	متوسط فترة الرضاعة الطبيعية
تونس	01/95-11/94	15,3
الجزائر	1992/8-5	12,5
السودان	12/92-8/93	19,2
سوريا	1993/7-6	13,3
لبنان	1996/3-1	9,1
ليبيا	1995/9-7	11
مصر	1991/3-1	17,8
المغرب	1992	14,2
موريطانيا	1990/9-4	14,9
اليمن	11/91-01/92	16,8
البحرين	1989/3-2	11,1
السعودية	1987/4-3	13
عمان	02/89-11/88	15,9
قطر	1987/12-11	10,2
الكويت	1987/4-3	10,3
الإمارات	1987/4-3	9

*** النتائج المجمعة للمسح العربي لصحة الأم و الطفل في الوطن العربي، منشورات وحـدة البحوث و الدراسات السكنية، طبع بجامعة الدول العربية، 2001، ص 90.**

و يضم هذا الجدول إحصائيات عن تطور الرضاعة الطبيعية في بعض الدول العربية التي أجري فيها المسح من خلال المشروع العربي لصحة الأسرة.

الجدول رقم 09 : تطور الرضاعة الطبيعية في بعض الدول العربية

من خلال المشروع العربي لصحة الأسرة

الدول	السنوات	نسب الأطفال الذين تم إرضاعهم طبيعيا	متوسط مدة الرضاعة الطبيعية بالشهور
الجزائر	2002	93	14,9
تونس	2001	96,1	13
المغرب	2004-2003	95	14
سوريا	2001	95,4	15,8
اليمن	2003	96,6	21,7
جيبوتي	2002	96,8	17,9

*** Main Indicators, Pan Arab Project for Family Health 2004.**

كما عرفت الرضاعة الطبيعية تطورا في بعض البلدان الإفريقية، حيث بلغت أكبر نسبة للإرضاع و هي 86 % في الكونغو، و أخفض نسبة في الصومال إذ بلغت 7 %، أكثر تفاصيل أنظر الجدول التالي :

الجدول رقم 10 : نسب الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية في الدول الإفريقية (1995-2000)

الدول	رضاعة مطلقة (0-3 أشهر)	رضاعة طبيعية مع إضافة أغذية تكميلية (6-9 أشهر)	ما زالوا يرضعون (20-23 شهرا)
نيجيريا	22	44	36
السينيغال	16	69	50
التشاد	02	81	62
زامبيا	11	-	39
الطوغو	15	-	77
زيمبابوي	X16	X93	X26
بوركينا فاسو	05	56	-
الكونغو	X16	X43	X86
الصومال	01	11	07
ساحل العاج	04	77	-
السودان	X14	X45	X44
كينيا	17	94	54
مالي	13	33	60

*** UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2001, New York.**

- بيانات غير متوفرة.

X تشير إلى فترة زمنية تختلف عن الفترة (1995-2000).

قبل الشروع في العنصر الخاص بتطور الرضاعة الطبيعية في الجزائر و كحوصلة لما جاء في السابق عن تطور الرضاعة الطبيعية في العالم النامي، يبين الجدول رقم 011 نسب الرضاعة الطبيعية في العالم كله خلال الفترة (1995-2000).

الجدول رقم 11 : تطور نسب الرضاعة الطبيعية عبر العالم خلال الفترة (1995-2000)

النسب / مختلف نواحي العالم	عدد الولادات في 1999 (بالملايين)	رضاعة طبيعية مطلقة (0-3 أشهر)	رضاعة طبيعية مع إضافة أغذية تكميلية (6-9 أشهر)	ما زالوا يرضعون (20-23 شهرا)
إفريقيا شبه الصحراوية	24	34	60	52
إفريقيا الشمالية و الشرق الأوسط	9,3	42	60	31
آسيا الجنوبية	35,7	46	32	66
آسيا الشرقية	32,6	57	-	-
أمريكا اللاتينية	11,5	37	47	23
البلدان المصنعة	9,8	-	-	-
البلدان في طريق النمو	116,3	44	46	51
البلدان المتخلفة	24	42	62	59
العالم	129,3	44	46	51

*** UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2001, New York. p. 23.**

3) تطور الرضاعة الطبيعية في الجزائر

لإبراز تطور الرضاعة الطبيعية في الجزائر لا بد علينا أن نشير إلى بعض الدراسات و التحقيقات التي تناولت موضوع الرضاعة الطبيعية في الجزائر، حيث من خلال تحقيق وطني حول الإنجاب الذي أجري في سنة 1970، لقد بلغت مدة الرضاعة الطبيعية 14,3 شهرا (12,6 شهرا في الحضر مقابل 15,7 شهرا في الريف)[1].

[1] INED –Population, N° 6, 1973, p. 1179.

أما في سنة 1986 و من خلال المسح الجزائري حول الخصوبة، فقد بلغ متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية بـ 14,2 شهرا (11،3 شهرا في الحضر مقابل 15,6 شهرا في الـ ريف)[1]. و بعد مرور 06 سنوات و بالضبط في سنة 1992، عرفت الرضاعة الطبيعية تراجعا و هذا من خلال نتائج المسح حول صحة الأم و الطفل حيث بلغ متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية باستخدام طريقة P/I بـ 12,5 شهرا (10,6 شهور في الحضر مقابل 14 شهرا في الريف).

لكن في سنة 2002، أي بعد مرور 10 سنوات، ارتفعت مدة الرضاعة الطبيعية من جديد حيث بلغت 14,9 شهرا[2] و هذا من خلال النتائج التي أسفر عليها المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002. إضافة إلى ذلك، فقد تبين من خلال نفس المسح أن نسبة الرضاعة الطبيعية خلال الستة ساعات الأولى بعد الولادة قد ارتفعت من 60 % (1992) إلى 80 % في سنة 2002.

و يبين هذا الجدول خلاصة لكل ما ذكر عن مختلف النتائج التي أسفرت عليها نتائج مختلف التحقيقات و مقارنتها.

الجدول رقم 12 : تطور الرضاعة الطبيعية في الجزائر (1970-2002)

التحقيقات	متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية باستخدام طريقة P/I
المسح الوطني حول الإنجاب 1970	14,3*
المسح الوطني حول الخصوبة 1986	14,2
المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992	12,5
المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002	14,9

*** مدة الرضاعة الطبيعية في 1970 لم تحسب بطريقة P/I، و إنما هي كمتوسط لمجموع المدد التي صرحت بها المبحوثات.**

[1] Enquête Nationale sur la Fécondité (ENAF), op. cit., p. 254.
[2] Enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF), op. cit., p. 54.

نستخلص من كل هذا أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية قد سجلت استقـ ـرارا بيـن سنتي 1970 و 1986، إذ بلغت في 1970 بـ 14,3 شهرا مقابل 14,2 شهرا في 1986. و حسب الدكتور علي كواووسي (Ali KOUAOUCI) أن مدة الرضاعة الطبيعية المسجلة في 1970 كانت مرتفعة أكثر من ذلك و هذا راجع إلى أن طريقة الحساب تختلف عن طريقة الحساب التي تم فيها حساب مدة الرضاعة في 1986 و هي طريقة **(P/I)**، و كذلك أن في السبعينات كانت الخصوبة جد مميزة بارتفاع عدد الولادات (خصوبة طبيعية) و انخفاض معدل ممارسة وسائل منع الحمل، و تتميز هذه الفترة بامتداد فترة الرضاعة الطبيعية من 18 إلى 24 شهرا.

و في 1992 عرفت الجزائر تراجعا في مدة الرضاعة الطبيعية، حيث انخفضت المدة تقريبا بحوالي شهرين، لكن في سنة 2002 ارتفعت من جديد و يقـدر هذا الارتفاع بأكثر من شهريـن (2,4 شهرا).

المبحث الثاني : مميزات الرضاعة الطبيعية

1- فيسيولوجية الرضاعة الطبيعية

إن جميع النساء لا يتساوين في القدرة على الإرضاع، فالبعض لهن قدرة أكبر و مثل كل الوظائف الفيسيولوجية، فإن الأداء الفعلي أقل مما ممكن وراثيا مما يترك مجالا للاحتياط الفيسيولوجي. ففي نفس المرأة يكون إرضاع الطفل الثاني و ما يليه أكثر نجاحا من الأول مما يدل على أن التجربة ضرورية للتوصل إلى أفضل أداء كما هي الحال في كل وظائف التكاثر الأخرى. كما يقاس ذلك بالوقت المنصرم بين اكتمال نمو الغدة الثديية عند البلوغ و أدائها الوظيفي بعد ولادة الطفل. و من الناحية الفيسيولوجية فإن أداء الإرضاع له علاقة بالتغذية الجيدة أثناء الحمل و بعد الولادة و العوامل النفسية لدى الأم[1].

1.1 التغذية أثناء الحمل

أثناء الحمل يتغير المبيض فتقوم الأم بتخزين الطاقة على شكل دهن في الأنسجة تحت الجلد، في البدن و في الساقين، و في المرأة ذات التغذية الجيدة تكون الزيادة في كمية الدهن بالجسم حوالي 4 كغ و هو ما يعادل مخزون 35.000 كيلو سعر حراري، و هو يكفي للرضاعة لمدة أربعة أشهر بواقع 300 كيلو سعر حراري يوميا تقريبا، و على ذلك تدخل الأم الأسابيع الأخيرة من الحمل بمخزون من الطاقة يكفي لتعويض أي حرمان مفاجئ من الطعام. إن الأمهات اللائي لا يرضعن صغارهن يحتفظن بهذا المخزون من الطاقة ما لم يقمن بنظام معين في التغذية لإنقاص الوزن. و على العموم في المجتمعات الجيدة التغذية يلاحظ أن الأمهات اللائي يرضعن أطفالهن قادرات على استعادة قوامهن بسهولة أكثر من اللائي لا يرضعن. و في المجموعة الأخيرة يكون هناك اتجاه إلى حدوث السمنة مع تكرار الحمل. و باستمرار الرضاعة الطبيعية يتحول المخزون من الدهن بالجسم إلى طاقة في الحليب، و إذا افترضنا أن كمية الحليب التي تنتج يوميا هي 850 مليلترا و هو ما تستطيع أغلب النساء ذوات الصحة الجيدة إنتاجه، فإن كمية الطاقة المطلوب تعويضها هي 600 سعر حراري و تتحول الطاقة الغذائية إلى حليب بفاعلية تصل إلى 90 % تقريبا و على أساس هذه الافتراضات و مع العلم أن الجسم يقوم بالتخزين أثناء

[1] ج ج إبراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، مرجع سابق، ص 8.

الحمل، فإنه يوصى بأن يزداد غذاء المرأة المرضعة بمقدار 500 سعر حراري يوميا. إن نسبة البروتين و الكاربوهيدرات و الكالسيوم و الحديد الموجودة في حليب الأم لا تتأثر إلا قليـلا بنوعيـة و كمية غذاء الأم على فترات طويلة أثناء فترة الحمل.

و لقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأمهات من الطبقة الاجتماعية المنخفضة لهن القدرة على إفراز 400-600 سم^3 من الحليب يوميا في السنة الأولى من الرضاعة، و تنخفض هذه الكمية إلى 200-450 سم^3 في اليوم خلال السنة الثانية. و عندما يكون الغذاء أثناء الحمل ضعيفا فإن الزيادة في وزن الأم تكون قليلة و تتألف هذه الزيادة من وزن الطفل، و المشيمـة، و على ذلك تكون الزيادة الحقيقية في وزن الأم قليلة جدا، و تبدأ هذه الأم الراضعة بمخزون غير كاف من السعرات و بالرغم من ذلك فإن كمية الحليب تكون كبيرة[1].

1-2 هرمون البرولاكتين

و هو يعتبر هرمون الرضاعة الأساسي سواء في استمرار أو إفراز الحليب. و قد أمكن حديثا قياس البرولاكتين بواسطة الفحوص المختبرة، و من ذلك الحين أظهرت كثير من الدراسات أهمية البرولاكتين للرضاعة في الثدييات. كما أن هذه الهرمـون يشبـه إلى حـد كبيـر من حيث التركيب و الوظيفة هرمون النمو و هرمون الإرضاع المستخلص من المشيمة، و هو يشكل مع هرمونات الغدة فوق الكلية و هرمون الغدة فوق الدرقية هرمون الإرضاع المركب الضروري لنجاح عملية الرضاعة الطبيعية[2].

1-3 إدرار الحليب الطبيعي

عندما تبدأ الخلايا العنقودية في إفراز الحليب، فإن استمرار الإفراز و التدفق في القنوات اللبنية يدوم بواسطة عملية أساسها الأعصاب و الغدد الصماء تعرف بانعكاس الإدرار. عندما يوضع الطفل على الصدر فإن التنبيه عن طريق لمس الحلمة أثناء الرضاعة يحمل رسالة الأعصاب المتجهة إلى تحت سرير المخ. و تكون النتيجة أن هذا الأخير ينشط الفصين الأمامي و الخلفي للغدة النخامية. و يفرز البرولاكتين من الفص الأمامي و تحت تأثيره يستمر تنبيه الخلايا

[1] نفس المرجع السابق، ص 9.

[2] نفس المرجع السابق، ص 14.

العنقودية. و في نفي الوقت يفرز الأوكزيتوسين من الفص الخلفي للغدة النخامية. و هذا يؤدي إلى انقباض الخلايا العضلية في الغدة الثديية فيندفع الحليب في القنوات، و تلاحظ كثير من الأمهات أثناء الرضاعة من أحد الثديين أن بعض الحليب يقطر من الثدي الآخر نتيجة لانعكاس الإدرار.

إن انعكاس الإدرار هو أهم عملية فيسيوليجية لنجاح الرضاعة. كما أن عامل يعوق رضاعة الطفل من الثدي من شأنه أن يعوق ذلك الانعكاس أيضا يؤثر على إفراز الحليب فينتهي بجفاف الثديين. و من الناحية الأخرى، فإن استمرار و تكرار إفراز الثديين بواسطة الشفط الذي يقوم به الطفل يؤدي إلى تنشيط إفراز الحليب و تدفقه. و لكي تنجح عملية الرضاعة يجب أن يوضع الطفل على الثدي في أقرب فرصة بعد الولادة، و بعد ذلك يسمح للرضيع بالرضاعة حسب الطلب. و أن أي رضعات إضافيـة من الحليب الاصطناعي، أو الماء المحلى بالسكر لن تؤدي إلا إلى إعاقة و إضعاف انعكاس الإدرار عن طريق إبطال التأثير المنشط للرضاعة من الثدي. و لذا يجب تجنب هذه الرضعات الإضافية[1].

2- القيمة الغذائية و الصحية للحليب الطبيعي

إن حليب الأم كان منذ القدم و لا يزال المصـدر الـوحيد لرضاعـة الأطفال حتى يومنا هذا، و بالرغم من تراجع الرضاعة الطبيعية في السنوات الماضية، إلا أن أننا نستطيع القول أن خبراء الصحة عبر العالم أعادوا يبرزونها من جديد و يؤكدون على الأهمية الكبرى و القيمة الحقيقية لحليب الأم.

إن تركيب الحليب الطبيعي يختلف أثناء الرضاعة، و هناك ثلاث (3) مراحل هي :

المرحلة الأولى : و هي تخص الأيام بعد الولادة، و هي تبدأ من اليوم الأول من الولادة إلى ثاني عشر يوم و تتميز بإفراز سائل يدعى الكولستروم (Colostrum) و هو سائل أصفر اللون و غني جدا بالبروتينات و الفيتامينات تعمل على الوقاية ضد الأمراض.

[1] نفس المرجع السابق، ص 17.

المرحلة الثانية : و هي تبدأ من ثالث عشر يوم إلى ثلاثين يوما، أي شهرا واحدا بعد ولادة الطفل، و هي تتميز بإفراز حليبا يتغير محتوى تركيبه، حيث تنخفض فيه البروتينات و ترتفع فيه الدهون و مادة اللاكتوز (السكريات).

المرحلة الثالثة : بعد ثلاثين يوما يصبح حليب الأم نهائيا و يلبي جميع حاجيات الرضيع التغذوية[1].

فيما يخص مركبات حليب الأم فهي عديدة و لا تحصى و لا يزال الطب الحديث يكتشفها إلى يومنا هذا، نقوم بإدراجها ضمن هذا الجدول الذي يبين المقارنة بين قيمة و مركبات حليب الأم (النهائي) و مركبات حليب البقر (أنظر الجدول رقم 13. و نشير إلى أن كل امرأة لها الميكانيزمات البيولوجية التي تسمح بإرضاع طفلها إلا في حالات نادرة جدا كالأمراض مثلا، حيث تصبح الأم تفتقر إلى القدرة الجسدية لفعل ذلك[2].

[1] C. Courpotin, J. P. Girardet, S. Machinot. Alimentation du nourrisson de naissance à 18 mois, Flammarion, Médecine Sciences, Paris 1990, p. 14.

[2] Martin J., Saphi A. Une question de la santé publique : les professionnels de la santé et l'allaitement maternel, Soins infirmiers, N° 2, Paris 1989, p. 13.

الجدول رقم 13 : المقارنة بين مكونات حليب الأم (النهائي) و حليب البقر

المركبات (لـ 1000 ml)	حليب الأم	حليب البقر
Protéines	1,8-1,1	3,5
Caséines	0,4	2,9
Protéine de lactosérum	0,6	0,6
Blactoglobuline	0	0,37
Lactabumine	0,35	0,18-0,15
Lactorans - ferrine	0,2-0,1	0,05-0,02
Globulines immunes	0,2-,01	0,05
Caséines/Protéines solubles	0,6	4,8
Lipides (g)	4-3,6	3,5
Acides gras saturés (p. 100)	45	74
Acides gras insaturés (p. 100)	46	24
Acides gras saturés/Acides gras insaturés	1	3
Acides linoléiques (p. 100)	6	<1
Cholestérol (g)	0,03	0,01
Glucides	7-5,7	5
Lactose	5-4,8	5
Oligosaccharides	2-1	0
Calories	(292-250) 70-60	(272) 65
Minéraux (mg)		
Na	20-10	50-35
K	50-40	150-130
Mg	4	12
Ca	33	125
P	15	96
Ca/P	2,2	1,3
Oligo-éléments	0	
Fe (mg)	0,1-0,05	0,05
Mn (mg)	0,3	0,9
Vitamines		
A (UI)	202	250
BI (mg)	0,02	0,04
B2 (mg)	0,04	0,15
C (mg)	5	2-1
D liposoluble (U)	1	3
D Hydrosoluble	30-100	20
PP (mg)	0,2	0,2
Charge osmolaire mosm (I)	79	228

*** Op. cit., p. 15.**

1-2 تركيب و فوائد الحليب الطبيعي

إن حليب الأم يختلف في تركيبه و عناصره عن مكونات حليب البقر، فهو ملائم للطفل في جميع مراحل نموه الأولي، أي خلال الشهور الستة الأولى، فالبروتينات مثلا الموجودة في حليب الأم غنية بأنواع معينة من الأحماض الآمينية و هي عناصر كيميائية أساسية تدخل في

قوام بروتينات الجسم و مثل هذه الأنواع غير متوفرة في بروتينات الحليب الحيواني[1]. كما أن بروتينات حليب الأم تحتوي على أعلى قيمة غذائية و هي أسهل هضما من البروتينات الموجودة في حليب البقر[2].

أما فيما يخـص الدهـون فإن تركيبـها يختلـف في كلا الحليبيـن لأن حليب البقـرة صعب الهضم و الامتصاص، و لهذا السبب تكثر حالات الإسهال عند أطفال التغذية الاصطناعية، أما المواد الدهنية في حليب الأم فرغم كونها أكبر كمية فإن الطفل يتحملها بصورة ممتازة و عدا ذلك فإنها من الناحية الكيميائية أكثر اكتمالا من الوجهة الغذائية بالنسبة للرضع إذا ما قورنت بالمواد الدهنية في حليب البقر أما فيما يخص السكريات فحليب الأم يحتوي على نسبة من السكر أكبر مما يحتويه حليب البقر، فالمادة السكرية الموجودة في حليب الأم تنشط تكاثر نوع من البكتيريات و تعرقل نمو نوع آخر مؤذي من البكتيـريات التـي تسبب عـمليات التعفـن. و يتحول اللاكتوز في أمعاء الطفل إلى حامض اللاكتيك حيث يساعد هذا الحامض على جعـل عمـل الأمـعاء طبيعيا، و يساعـد الجسم على امتصاص الكالسيوم و المعادن الأخرى التي يحتاجها، و على العكس من ذلك فإن سكر حليب البقر ينشط تكاثر بكتيريات التعفن الضارة في أمعاء الطفل[3].

إن حليب الأم يحتوي على مجموعة من الفيتامينات التي يحتاجها الطفل لتغذيته و نموه و صحته خلال الأشهر الستة الأولى من حياته، و هي متوازنة مع متطلبات الطفل، أما فيتامينات حليب البقر فهي تعتمد أساسا على نوع الحشائش المتناول من طرف الحيوان و هي تختلف و تفقد أثناء غلي الحليب[4].

---

[1] عبد الله الصوفي، موسوعة العناية بالطفل، دار العودة، بيروت، ط2 1977، ص 65.

[2] منظمة الصحة العالمية. وحدة رعاية الأمومة و الطفولة : الرضاعة الطبيعية، ترجمة نجلاء طارق جواد، دار الهدى،مؤسسة الرسالة، الجزائر، ط1 1992، ص 16.

[3] عبد الله الصوفي، موسوعة العناية بالطفل، مرجع سابق، ص 65.

[4] منظمة الصحة العالمية، وحدة رعاية الأمومة و الطفولة : الرضاعة الطبيعية، مرجع سابق، ص 17.

2-2 مراحل الرضاعة الطبيعية

تقسم الدراسات و البحوث فترة الرضاعة و تغذية الطفل إلى ثلاث (3) مراحل :

المرحلة الأولى: تبدأ منذ الولادة إلى غاية ثلاثة شهور و تتميز بالرضاعة الطبيعية أو بالرضاعة الاصطناعية أو المختلطة.

المرحلة الثانية: و تبدأ من 04 أشهر و هي مرحلة إدخال الأغذية التكميلية و يبقى الحليب هو المصدر الرئيسي للغذاء، و لكن في هذه المرحلة تبدأ تغذية الطفل تدريجيا بالمواد الغذائية المتنوعة و السائلة.

المرحلة الثالثة: و تبدأ من 05 أشهر إلى غاية سنة من العمر و هي مرحلة تنويع الأغذية و فيها يتم الانتقال من المواد الغذائية السائلة إلى المواد الغذائية الجامدة[1].

2-3 أهمية بداية الرضاعة الطبيعية (سائل الكولوستروم Colostrum)

إن الأيام الأولى بعد الولادة تقرر مصير الرضاعة الطبيعية. فإذا كانت هناك بداية طيبة فإن الرضاعة الطبيعية غالبا ما تستمر بدون مشاكل و بصورة منتظمة لكل من الأم و الطفل. إن الثدي خلال الساعات الأولى من الولادة ينزل سائلا كثيفا أصفر اللون، يختلف عن الحليب النهائي للأم من حيث تركيباته، حيث يحتوي على الأجسام المناعية التي تحمي الطفل الرضيع من عدة أمراض، و هو بمثابة تطعيم طبيعي، يحتوي على عدد كبير من les cellules phagocytaires و كذا من les immunocompetenles و على كميات كبيرة من les agents immunologiques و les immunoglobulines[2].

[1] C. Courpotin, J. P. Girardet, S. Machinot. Alimentation du nourrisson de la naissance à 18 mois, op. cit., p. 20.

[2] UNICEF, FOREM, L'allaitement maternel, Document destiné aux professionnels de la santé, op. cit., p. 7.

و تدريجيا و مع مرور الأيام من الولادة إلى اليوم الثاني عشر، يتغير لون هذا السائل إلى أبيض اللون، كما يتغير تركيبه و يصبح حليبا نهائيا كما يبينه الجدول الموالي بكل وضوح :

الجدول رقم 14 : مركبات الحليب الأول (الكولستروم) و الحليب النهائي

المركبات	الكولوستروم (Colostrum)	الحليب النهائي
الحجم	1/3	1
Leucocytes	0,5-10 x 10^6/ml	1/10
Macrophages	90 % = 2 x 10^6/ml	5-25 %
Lymphocytes	10-20 % = 10^5/ml	-
IgA	100 g/mL	5-6 g/1
IgAS	20-50 mg/mL	0,3 mg/mL
LASOZYME	0,3-0,5 mg/mL	Idem
LACTOFERRINE	3,5-4 mg/mL	1,7 mg/mL
IgG, MD-E	0,01-0,05 mg/mL	Idem

UNICEF, FOREM, L'allaitement maternel, op. cit., p. 17

4-2 مدة و عدد الرضعات

يجب أن تكون أول رضعة عند نصف الساعة الأولى من الولادة و لا يجب فصل الأم عن رضيعها[1]. خلال الأسابيع الأولى يرضع المواليد الجدد في المتوسط ما يقارب من 8 إلى 12 رضعات في اليوم، لكن لا يعتبر عدد هذه الرضعات كقاعدة لأن خلال الشهر الأول من الولادة تكون عدد الرضعات غير منتظمة بصفة عامة. كما تتوقف مدة الرضعة على طريقة الإرضاع لإن الرضيع الذي يرضع 5 مرات في اليوم و بطريقة صحيحة أفضل من الرضيع الذي يرضع 8 مرات في اليوم و لمدة 15 دقيقة في كل رضعة و لكن بشكل غير سليم. إن الكمية اليومية من الحليب لطفل خلال السنة الأولى من العمر تتوقف على عمر الطفل، و طريقـة الإرضاع و عدد الرضعات، ففي الأيام الثلاثة الأولى التي تعقب ولادة الوليد تبلغ كمية الحليب الواجب أن

[1] INPS, Santé maternelle et infantile (2000-2004), Direction de la Prévention, Edition et publication AMDS 2000, p. 152.

يرضعها ما بين 300 حتى 200 غ في اليوم و في نهاية الأسبوع الأول ترتفع الكمية إلى حوالي 400 غ، و في نهاية الأسبوع الثاني 500 غ، و في نهاية الشهر الأول حوالي 600 غ، و في منتصف الشهر الثاني حوالي 700 غ، و في نهاية الشهرين حوالي 800 غ.

و بعد ذلك تزداد الكمية المطلوبة من الحليب شهريا بمقدار 50 غ لكل شهر، و هكذا حينما يبلغ نهاية شهره الثالث يحتاج إلى 850 غ في اليوم ثم إلى 900 غ في شهره الرابع و 950 غ في شهره السادس و لا يزيد ما يطلبه من حليب الأم لتر واحد في اليوم[1].

كما يجب أن تكون الرضاعة عند الطلب حتى في الليل مما يساعد على إنتاج الحليب. و على ذلك فإن الأطفال الذين يرضعون بنظام غير مقيد يزيدون في الوزن و ينمون أسرع من أولئك الذين يرضعون وفق نظام صارم. و وجد أيضا أن الأطفال الذين يرضعون على فترات متقاربة ينمون أحسن من أولئك الذين يرضعون على فترات متباعدة مما يبين أن تعدد الرضاعة و مدتها عامل هام في إدرار و إنتاج الحليب[2].

2-5 موانع الإرضاع الطبيعي

إن حليب الأم يعد غذاء كاملا و يناسب الأطفال في كافة مراحل نموهم، فهو يحتوي على أجسام مضادة تحمي الرضيع من عدة أمراض، كالإنتانات و الحصبة و الديفتيريا و الكـزاز و الشلل و غيرها من الأمراض المعدية، و لكن هناك بعض الحالات التي تمنع الأم من إرضاع طفلها بتاتا و هي :

1) إصابة الأم بالسل الرئوي : و في هذه الحالة يبعد الطفل عن والدته لأنه إذا تعرض لأنفاسها المملوءة بجرثومة السل، فلا بد أن يصاب بمرض حاد أو مزمن قد يؤدي بحياته.

2) إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية الحادة كالتيفوييد أو الديفتيريا.

---

[1] نوزت حافظ، رعاية الأم و الطفل، مرجع سابق، ص 115.

[2] ج ج إبراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، مرجع سابق، ص 19.

3) إصابة الأم بأحد الأمراض التي تقلل من قواها الحيوية و تقلل من إفراز الحليب كالسـرطان و حالات فقر الدم و أمراض القلب و السكر.

4) إصابة الأم المرضعة بالأمراض الكلوية الخطيرة سواء كانت حادة أو مزمنة.

5) إصابة الأم بالسعال الديكي، و كذا التهاب اللوزتين و الحلق و البلعوم، أو بداء الرئة.

6) الإصابة بالفيروسات الخطيرة كمرض "الأيدز" و أيضا قد تصاب الأم بحمى النفاس التي تمنع الطفل من الرضاعة مدة المرض فقط و يجب العودة للرضاعة بعد انتهاء المرض[1].

إلى جانب أمراض الأم، هناك حالات أخرى تمنع الأم من إرضاع رضيعها و تتمثل في أمراض الثدي، حيث كثيرا ما تتشقق حلمة الثدي و تصاب بالالتهاب و الأكزيمات.

1- تشقق الحلمة: و هو مرض كثير المصادفة، خاصة عند الأمهات الحديثات العهـد بالأمومـة و المرضعات للمرة الأولى، و تعود أسباب تشقق الحلمة إلى:

- إصابة الحلمة بالأكزيما و التجفف.

- إصابة فم الرضيع بالأمراض الفطرية التي تؤثر بدورها على الحلمة الرقيقة.

- المص العنيف للحلمة من قبل الطفل يؤدي إلى تشققها و إصابتها بالالتهاب.

- نقص نمو الحلمة التي لم يكتمل نموها، فتبقى صلبة نسبيا، و تكون عرضة للإصابة بالتشقق في كل رضعة.

2- الحلمة المنكمشة: إذا كانت حلمة الثدي منكمشة، فلا يستطيع الطفل مص الحليب، لهذا يجب تطريتها و تدليكها و محاولة سحبها نحو الخارج باستعمال مضخة الثدي المعروفة.

[1] نوزت حافظ، رعاية الأم و الطفل، مرجع سابق، ص 122.

3- احتقان الثدي: و معناه تحجر الحليب في الثدي، وهي حالة مؤلمة للغاية، و يزداد حجمه عندما يصبح الحليب غزيرا مما يؤدي إلى إعاقة عملية مص الحليب من قبل الطفل بسبب صلابة الثدي[1].

و من موانع الرضاعة الطبيعية أيضا نقص إفراز الحليب، و ضعف الوليد، و انسداد أنف الوليـد، و إصابة الرضيع ببعض التشوهات الخلقية[2].

كما يمنع منعا باتا على الأم تناول بعض الأدوية التي تؤثر على حليبها من إرضاع طفلها بحيث يؤثر على صحة طفلها[3].

2-6 تغذية الطفل :

1- مراحل النمو:

إن النمو الطبيعي و السليم يتطلب أولا و بالذات تغذية متوازنـة و كافيـة من حيث الكـم و الكيف. هناك مقاييس لمراقبة الطفل و نخص بالذكر الوزن و الطول، إن كل نقص في الوزن بالنسبة لعمر الطفل يدل على سوء تغذية أصابته من مدة قريبة أو بعيدة، بينما النقص في الطول فيدل دائما أو في غالب الأحيان على إصابة مزمنة بسوء التغذية.

الوزن: الوزن عند الولادة: 3.250 غ

في الشهر الخامس: ضعف وزن الولادة (6.500 غ)

في الشهر الثاني عشر: ثلاثة أضعاف (10.000 غ)

في مكتمل السنة الثانية: أربعة أضعاف (13.000 غ)

---

[1] محيي الدين طالوا العلي، العناية بالطفل و تغذيته، دار الهدى، الجزائر، 1999، ص 44.

[2] الحاج محمد علي، طفلك سعادتك، مرجع سابق، ص 223.

[3] La Revue du Praticien : Journal d'enseignement post-universitaire, La Lactation et ses troubles, 1986, N° 27, Tome XXXVI, p. 2.

الطول: عند الولادة: 50 سم

في السنة الأولى: 70 سم

في السنة الثانية: 82 سم

2- حاجيات الطفل الغذائية:

و تتمثل من الناحية الكمية و الكيفية كما يلي:

أ) من الناحية الكيفية:

يجب أن تكون تغطية الحاجيات بكمية من الحريرات المتكونة من العناصر الأساسيـة: السكريات و الدهنيات و البروتينات. و الشيء المهم هو احترام التـوازن بينها. كما أن الأمـلاح المعدنيـة و الفيتامينات هي أيضا ضرورية و يجب تواجدها في الغذاء.

إن نسبة العناصر الأساسية في الغذاء هي:

- السكريات التي تغطي 60 % من الكمية الإجمالية للحريرات،
- الدهنيات أو المواد الدسمة: 30 %
- البقية تتمثل في البروتينات: 10 %

ب) من الناحية الكمية:

من الولادة إلى 3 أشهر: 120 حريرة
من الشهر الرابع إلى السادس: 110 حريرة
من الشهر السابع إلى التاسع: 100 حريرة
من الشهر العاشر إلى السنة الأولى: 90 حريرة
من السنة الأولى إلى السنة الثانية: 8 حريرة

ج) مصادر الحريرات:

السكريات: غرام واحد يغطي 4 حريرات

الدهنيات: غرام واحد يغطي 9 حريرات

البروتينات: غرام واحد يغطي 4 حريرات

كمية البروتينات من 2,4 غ في الأشهر إلى 1,5 غ بالنسبة للكيلوغـرام من الـوزن في اليوم و ذلك إلى حد السنة الأولى من العمر[1].

3- مصادر الغذاء:

3-1 الرضاعة الطبيعية:

إن حليب الأم يستجيب لجميع حاجيات الرضيع من الناحية الكمية و الكيفية و كل أم قادرة على إعطائه مهما كانت ظروفها المادية و الاجتماعية، و هو غذاء كاف لوحده إلى الشهر الرابع أو السادس ثم يقع إدخال مواد أخرى على جانب حليب الأم الذي يمكن مواصلته إلى حد السنة الثانية. إن نجاح الرضاعة الطبيعية يتطلب استعداد نفساني من طرف الأم و اقتناع شخصي بأن الحليب الذي تقدمه لابنها هو كاف و هذا يتطلب التوعية الصحية التي تبدأ منذ الحمل. كما أن هناك خطورة الفطام الفجائي المتداول خاصة في المجتمعات العربية حيث تقوم الأم بوضع مواد على الثدي تجبر الطفل على العدول عنه. و الفطام الصحي هو الذي يبدأ تدريجيا من الشهر السادس بإعطاء الطفل أكلات أخرى، عدد هذه الأكلات يكبر تدريجيا إلى أن يصل 5 أو 6 في اليوم في تمام السنة الأولى من العمر.

3-2 الرضاعة الصناعية:

هناك ظروف تمنع الأم من إرضاع طفلها و هي ظروف نادرة لا يجب القياس عليها كالأمراض التي ذكرت سابقا و كذا الشغل الذي يجبر الأم على التغيب لمدة عن المنزل. إن كل أنواع

[1] ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية (تونس 9-20 أكتوبر)، مطابع جامعـة الـدول العربيـة، 1990، ص 124.

الحليب الاصطناعي المتواجدة في الأسواق هي مشتقة من حليب البقر الذي تدخل عليه بعض التغيرات لملاءمته مع متطلبات الطفل. و يصبح هنا القرار للطبيب وحده بحيث هو الذي يختار النوع المناسب من الحليب و الذي يناسب المولود.

3-3 المصادر الأخرى للغذاء :

و يقصد بها الفطام أي بدء الأم في إدخال أطعمة أخرى لتغذية المولود بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الاصطناعية، و تشمل جميع السوائل مثل عصائر الفواكه[1].

إن معظم مؤسسات التغذية و طب الأطفال قد أجمعت على أنه يراعى أن يحدث الفطام في الفترة التي يبلغ فيها الطفل ما بين 4 إلى 6 أشهر من عمره و يكون هذا بمساعدة الطبيب حتى يتم التقييم الأمثل لنمو الطفل و احتياجاته، و من المهم جدا النظر إلى الفطام على أنه انتقال طبيعي و مرحلة تتسم بأنها تدريجية و لا يجب أبدا أن يؤخذ بعجلة أو اندفاع. ففي هذه المرحلة يكون الانتقال الطبيعي التدريجي عاملا جوهريا في نمو الطفل و لأن الفطام يمثل مرحلة تكيف لذا يجب البدء في وقت يتمتع فيه الطفل بصحة جيدة جسمانيا و نفسيا. أما إذا كان مريضا أو معتل المزاج نتيجة التسنين فإنه يجب تأجيل هذه المرحلة[2].

فيما يخص الأكلات التي تقدم للطفل إلى جانب الحليب الطبيعي أو الاصطناعي، يجب أن تحضر من مواد غذائية نظيفة و طازجة مع المحافظة على نظافة الأوعية و الوسائل التي تستعمل لتقديم الوجبة للطفل. يجب أن تكون الأكلات متوازنـة و متكـونـة من السكـريات و الدهنيات و البروتينات[3].

[1] ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية، مرجع سابق، ص 124.

[2] الدكتورة مديحة الخضري، موسوعة الطفل الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الأزريطـة، الإسكندريـة 2001، ص 76.

[3] ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية، مرجع سابق، ص 124.

الفصل الثالث

خصائص الرضاعة الاصطناعية

المبحث الأول : تاريخ ظهور الرضاعة الاصطناعية و تطورها

1- لمحة تاريخية عن الانطلاقة الاقتصادية للرضاعة الطبيعية

إن الرضاعة الاصطناعية لم يذكر عنها إلا القليل خلال القرنين الخامس و السادس عشر و لم يستعمل اللبن الحيواني كبديل للبن الأم إلا نادرا و كان البديل الوحيد عندما لا يتوفر لبن الأم هو لبن امرأة أخرى أي المرضعة. و في التقاليد الغربية كانت المرضعة مطلوبة كثيرا و خاصة من قبل الطبقات الاجتماعية الراقية. و كانت المرضعات تحظى بالاحترام و الأهمية في المنزل و تشغل مناصب ذات سلطة و مسؤولية اتجاه الخدم و العبيد. و في العصور الرومانية كانت المرضعة شائعة، و قد علقت كتب عديدة في الطب على الصفات التي يجب أن تتوفر في المرضعة و عن الغذاء الذي يجب أن تتناوله و عن طبيعة الحياة التي يجب أن تحياها حتى تتمكن من إفراز كميات كبيرة من اللبن المفيد للصحة.

و كان القرن الثامن عشر أزهى فترة بالنسبة للمرضعة في أوروبا إذ أن السيدات الراقيات لم يمارسن الرضاعة من الثدي لأنها لم تكن تتماشى مع أسلوب الحياة الحديثة آنذاك و كن يخفن أن يؤدين الرضاعة الطبيعية إلى تأثير ضار على صحتهن أو تفسد قوامهن و لكن قبل كل شيء لأنها تعوق النشاط الاجتماعي و الواجبات الرسمية.

إن ممارسة الرضاعة من قبل المرضعة أدت أيضا إلى كثير من سوء الاستعمال إذ أنها هيأت النساء من الطبقات الفقيرة عملا مربحا على حسابهن إذ بمجرد أن يصبحن حوامل يفقدن الطفل بطريقة أو بأخرى من أجل الحصول على عمل في منزل الأسرة الغنية كمرضعة، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الوفيات، و قد أثارت هذه المحنة الضمير العام، بالإضافة إلى ذلك فقد أصبح معروفا أن الأمراض التناسلية و خاصة الزهري، يمكن أن يتنقل إلى الطفل عن طريق مرضعته، و قد نشر كتاب عام 1863 بعنوان "تغذية الطفل و تأثيرها على الحياة"، تحدث المؤلف عن المساوئ الأخلاقية الناجمة عن استخدام المرضعات.

و في 1870 تكونت جمعية حماية حياة الطفل نتيجة وفاة 270 طفلا في شوارع لندن. وفي السنوات الأولى من القرن العشرين قل استخدام المرضعات إلى درجة الاختفاء ليس فقط في انجلترا بل أيضا في القارة الأوروبية، و لكنه بسبب إدراك أهمية حليب الأم، فقد أنشئت بنوك

اللبن المعصور في عدة مدن كبيرة. و قد افتتح أول هذه البنوك في بوسطن عام 1910. و كان الأول في لندن في مستشفى الملكة شارلوت[1]. و في عام 1928 ظهر غذاء اللبن الخاص بالتصدير و ذكر صانعه البريطاني مناسب الاستعمال في المناطق الحارة. و عندما تخلص العالم الصناعي من آثار الحرب، و في ذلك الوقت عمد كثير من كبار الصناعيين إلى تجنيد أشخاص للدعايـة لمنتجاتهـم و أنشأوا مـدارس للتدريـب على البيـع و الترويج، مما أدى إلى توسيع مبيعاتهـم في بريطانيا ثم فيما بعد بدؤوا حملات الدعاية المكثفة و بسبب الافتقار إلى الإجراءات الحاسمة من جانب العاملين في الحقل الصحي، انخفضت الرضاعة الطبيعية بدرجة ملحوظة في أغلب بلدان العالم النامي، حيث تأثر سكان العالم النامي باسـتعمال مسحـوق اللبـن مما أدى إلى ارتفاع الإسهال و الهزال.

و قد نشرت عدة تقارير تشرح مختلف الممارسات التي يلجأ إليها صانعو الألبان في الدعاية لمنتجاتهم. و كان من بين هذه التقارير تقرير بعنوان "قاتل الطفل" الذي ترجم إلى كل لغات أوروبا الغربية تقريبا إلى جانب بعض اللغات الرئيسية في العالم الثالث.

و قد ساعد هذا على إيقاظ الضمير العام في المجتمعات الغربية مثلما حدث في القرن الثامن عشر على خلق اهتمام كبير بالنواحي العلمية و الاجتماعية للرضاعة الطبيعية. و في نفس الوقت قامت كثير من الشركات الأكثر إنسانية المنتجة لحليب الأطفال بوضع ميثاق لمنع الدعاية لمنتجاتها بوسائل غير عادلة[2]. أما فيما يخص مسحوق حليب البقر في تغذية الأطفال فقد استعملت طريقة الدوران لتجفيف اللبن، و في هذه العملية يعوض اللبن في طبقات رقيقة على سطح أسطوانات مسخنة داخليا فيتبخر الماء من اللبن بفعل الحرارة لتبقى المواد الصلبة على سطح الأسطوانة على شكل قشور رقيقة ثم تطحن لتصبح مسحوقا.

و في وقت لاحق استعملت في فرنسا طريقة التجفيف بواسطة الرش، و في هذه الحالة يرش اللبن السائل في غرف بها هواء ساخن لتسقط المواد الصلبة المجففة على شكل مسحوق دقيق في قاعدة الغرفة. إن طريقة التجفيف بالدوران تعرض اللبن إلى درجة أعلى من الحرارة بالمقارنة مع اللبن المجفف بواسطة الرش، مما يؤثر على البروتين و على قابلية المسحوق

[1] ج ج إبراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، نفس المرجع السابق، ص 85.

[2] نفس المرجع السابق، ص 94.

للهضم. و قبل تعويض الحليب لعملية التجفيف تعدل نسبة الدهن بالحليب ليصبح كامل الدسم أو نصف الدسم أو منزوع الدسم. و لم يمضي وقت طويل إلا و أغرت السوق بعدد كبير من الوصفات التي تختلف في محتـواها من الدهـن و البروتين و الكاربوهيدرات.

و قد نشرت الإعلانات عن اللبن الجاف الدسم و نصف الدسم و المفصول في مجلة "الطبيب" في 03 أكتوبر 1903 التي ذكر فيها: "إلى جانب أننا نمد عددا من مخازن لبـن الأطفال و دور الحضانـة و المؤسسات باللبن الجاف فإنه في مقدورنا أيضا أن نعـرف آلاف الخطابات التي تصلنا من الأطباء و الآباء الذين يشهدون بالنتائج الرائعة لتغذية الأطفال بلبننا الإنجليزي" التي وردت من نيو زيلندا و بيعت تحت إسم "جلاكسو" و تزامن إدخال هذا النوع من اللبن إلى السوق مع إنشاء عيادات رعاية الطفل، فعرض لبن "جلاكسو" في هذه العيادات بنصف السعر الذي كان يباع به في السوق، و ازدادت مبيعات "جلاكسو" مع زيادة عدد العيادات.

و قد استمرت الجهود لإنتاج شكل مسحوق اللبن يشبه لبن الأم في التركيب الكيميائي و كان يعلن عنه في وقته على أنه أحدث ما أمكن التوصل إليه في تغذية الطفل، و في الواقع فإن كل نوع من هذه المنتجات كان متقدما بمقدار التكنولوجيا و المعارف الحديثة في التغذية في ذلك الوقت، و كلما نمت المعرفة و تطورت، فإن كثيرا من المنتجات التي سميت متقدمة قد استبعدت على أساس أنها غير مناسبة و في بعض الأحيان لكونها خطيرة[1].

2- القانون الدولي لتسويق الحليب الاصطناعي

تلجأ كثير من شركات إنتاج حليب الأطفال و مواردهم الغذائية إلى انتهاج أساليب معينة بغية تسويق منتجاتها و الربح السريع من وراء ذلك و من ذلك تقديم العينات المجانية و نشر الدعايات التي تتحدث عن عدم مناسبة حليب الأم الطبيعي للأطفال و حثهن على استعمال الحليب الاصطناعي على الرغم من أنه في كل ثلاثين ثانية يموت طفل نتيجة لعدم سلامة استخدام زجاجات الرضاعة و عدم استخدام الرضاعة الطبيعية حيث يحرم الطفل من اكتساب المناعة الطبيعية التي يوفرها الحليب الطبيعي، و هذا ما جعل المنظمة العالمية للصحة و منظمة اليونيسيف إصدار هذا القانون.

[1] نفس المرجع السابق، ص 90.

يهدف هذا القانون إلى ضمان تغذية أكيدة و كافية للمولودين الجدد من خلال تشجيع و تفضيل الرضاعة الطبيعية، و ضمان الاستعمال الحسن لبدائل حليب الأم في حالة الحاجة إليه على أساس تقديم معلومات كافية و مناهج ملائمة للتسويق و التوزيع[1].

.و قد صدر هذا القانون في عام 1981، حيث صوتت عليه 118 دولة على أن يكون قانونا طوعيا باعتبار أنه يوفر الحد الأدنى من الحماية، و يدعو للحد من تسويق بدائل حليب الأم عن طرق غير شرعية، و يعد هذا القانون من أهم النقاط الرئيسية التي يسهر من أجل تطبيقه "مشروع مستشفيات أصدقاء الرضع"[2].

إن هذا القانون يطبق على جميع بدائل حليب الأم و ليس فقط على المواد الغذائية التكميلية للرضع. إن جميع المواد الغذائية و المشروبات هي معنية بهذا القانون و هذا أثناء فترة الرضاعة الطبيعية المطلقة في فترة من 4 إلى 6 أشهر. أما بعد هذه الفترة، يطبق هذا القانون على المواد الغذائية التي تعوض الحليب الطبيعي.

إن هذا القانون يمنع منعا باتا:

- التوزيع المجاني لنماذج حليب الأطفال للأمهات في المستشفيات،
- ترقية المواد الغذائية المخصصة للأطفال بالنسبة لموظفي الصحة و كذا الجمهور،
- إظهار صور للرضيع على علب الحليب،
- منع هدايا للأمهات أو لمحترفي الصحة،
- منع عينات من الحليب الاصطناعي للآباء،
- ترقية المواد الغذائية و المشروبات للرضع الذين يقل سنهم عن 06 أشهر،
- بيع المنتوجات بغير اللغة المستعملة في محلات البيع.

و لقد رفضت بعض الشركات الخضوع للقانون المذكور و عملت على خرقه بتقديم منتجاتها لدول العالم الثالث مما حدا إلى إعادة فرض قانون المقاطعة من جديد في عام 1988 حيث ما

[1] David MALEY : Pédiatrie dans les pays en développement, problèmes prioritaires, Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 1981, p. 16.

[2] James P. GRANT : La situation des enfants dans le monde, FNUAP, UNICEF, 1993, p. 45.

زال معمول به في ثمانين دولة، و حتى اليوم ما زالت مجموعة قانون حماية غذاء الطفل العالمية IBFAW تعمل على التمسك بالقانون[1].

و هذه الآن مقتطفات من مشروع قانون المنظمة العالمية للصحة حول تجارة الحليب على أنواعه المخصص للأطـفال و التي تتعلق بالإجراءات التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من طرف صانعي و مـوزعي الحليب المجفف الخاص بالرضع و هذا بغرض مكافحة توزيع هذه الأنواع من الحليب بشكل خطير و بعيدا عن كل مراقبة.

- ذكر تفوق حليب الأم على الحليب الاصطناعي.

- ذكر أن هذا الحليب الاصطناعي لا يمكن استعماله إلا بعد استشارة الطبيب أو أحد موظفي في الصحة.

- وضع توجيهات متعلقة بكيفية تحضير الحليب و احترام المقاييس و ذكر أن التحضير السيئ يؤدي إلى مخاطر للصحة.

عدم ظهور على العلبة صورة جميلة للرضيع أو منحنيات من شانها أن تشجع على استعمال الحليب الاصطناعي على أنواعه[2].

و هناك أيضا توصيات صادرة عن المعهد الوطني للصحة العامة بالجزائر بشأن بطاقة الديوان القومي للتجارة.

ما يجب معرفته :

إن أنواع الحليب المسحوق المحضرة صناعيا عاجزة عن تعويض حليب الأم الذي لا يمكن تعويضه، علاوة على خواصه الغذائية فإن حليب الأم وحده يتمتع بالمقدرة على الوقاية. و في

[1] La Revue internationale de pédiatrie, Edition réservée aux praticiens français, N° 176, Décembre 1987, p. 20.

[2] Ministère de la Santé, Ministère de l'Education et de l'Enseignement Fondamental, L'Education - La santé intégrée à l'enseignement fondamental : la prévention des diarrhées, l'alimentation du nourrisson, Alger 1982, p. 67.

هذه الميزة تعود إلى ما يحمل من مضادات حيوية و إنزيمات من شأنها أن تؤمن للرضيع الذي يتغذى من ثدي أمه حماية لا مثيل لها ضد الأمراض.

لا بد في تحضير الرضاعات من مراعاة قواعد النظافة الصارمة التالية:

- لا تستعملوا إلا الرضاعات الزجاجية، إياكم من استعمال البلاستيكية منها.
- يجب تنظيف و غلي الرضاعات و حلماتها قبل كل رضعة و بعدها.
- عدم الاحتفاظ بما تبقى من حليب في الرضاعة للرضعة التالية.

إن مسحوق الحليب في هذه العلبة قد تم تصنيعه في أحسن الظروف الممكنة انطلاقا من حليب البقر.

يعطى هذا الحليب بالإضافة إلى حليب الأم و تلبية لطلب الرضيع و عندها فلا بد من تذويبه في الماء حسب النسب التالية:

- ملعقة من الحليب المسحوق لكل 30 سم^3 من الماء الدافئ أي مثلا:
  - 4 ملاعق لنصف رضاعة ماء (120 سم^3)
  - 8 ملاعق لرضاعة كاملة (240 سم^3)[1].

[1] Op. cit., p. 60.

المبحث الثاني : الحليب الاصطناعي و خصائصه

1- أنواع الحليب الاصطناعي و إجراءات تحضيره

أما بالنسبة لأنواع الحليب المستعملة في الرضاعة الاصطناعية هي:

1- حليب الحيوان السائل الطري: و تتمثل في حليب البقر و حليب الماعز.

2- الحليب المجفف الملحوظ في علب مفرغة من الهواء و تتمثل في:

- الحليب كامل الدسم
- الحليب النصف الدسم
- الحليب المحمض
- الحليب الناقي أو حليب الإحليب

3- أنواع أخرى من الحليب و تتمثل في الحليب المبخر و الحليب المكثف و لا تستعمل هذه الأنواع لتغذية الرضيع في هذه الأيام لعدم الحاجة لاستعماله[1].

كما ينقسم الحليب الاصطناعي حسب عمر الطفل إلى:

- حليب العمر الأول (1er âge): و يعطى للرضيع منذ ولادته إلى غاية 06 أشهر و هذا راجع لعدة أسباب تمنع الرضيع من تغذيته طبيعيا.
- حليب العمر الثاني (2ème âge): و يعطى للرضيع ابتداء من 06 أشهر إلى غاية سنة من عمر الرضيع، كما يتغير تركيب الحليب تماشيا مع احتياجاته التغذوية مقارنة بحليب العمر الأول، بحيث يصبح غنيا جدا بالحديد و الدهون و البروتينات التي تساعد في نموه[2].

عند استعمال الرضاعة الاصطناعية يجب مراعاة الأمور الموالية:

1- تهيئة ظروف متشابهة لظروف الرضاعة الطبيعية و إرضاع الطفل عند الطلب و في حرارة معتدلة.

---

[1] ج ج إبراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، مرجع سابق، ص 98.

[2] Revue internationale de pédiatrie, op. cit., p. 176.

2- مسك الرضاعة بشكل مائل لمنع دخول الهواء إلى جوف الطفل، و أن تكون حرارة الحليب معتدلة مثل حرارة الجسم.

3- أن تكون الحلمة غير كبيرة، ثم يجب تدشية الطفل بعد الرضاعة.

4- تعقيم الرضاعة و تنظيفها باستمرار، و تحضير الحليب بالنسب الصحيحة دون زيادة أو نقصان في التركيز. إن عدد الوجبات في الإرضاع أقل منها في الإرضاع الطبيعي لأن الحليب الاصطناعي يبقى فترة أطول في المعدة.

5- وجوب مراقبة نمو الطفل من خلال مراقبة وزنه و طوله، و مراقبة صحته من خلال لون الجلد و البراز و ملاحظة وجود الإمساك أو الإسهال. و في مرحلة 6 إلى 12 شهرا فإن الطفل بحاجة إلى مقادير كافية من الكالسيوم و الحديد و الفيتامينات المختلفة[1].

2- الرضاعة الاصطناعية و أثرها على صحة الطفل

لقد برهنت عدة دراسات على أن الأطفال الذين يرضعون طبيعيا هم أقل تعرضا للأمراض مقارنة بالأطفال الذين يرضعون اصطناعيا، و تتمثل تلك الأمراض في الإسهال، و ألالتـهابات التنفسيـة، و التهاب الأذن، ...

الإسهال : إن إصابة الأطفال بمرض الإسهال لا يرجع فقط إلى نقص المناعة الواقية من الأمراض في الحليب الاصطناعي فقط، بل يعود أيضا إلى سوء تحضير الحليب الاصطناعي، و تتمثل في انعدام النظافة، و عدم تعقيم الرضاعات، و استعمال الرضاعات البلاستيكية، و عدم ضبط المقاييس. و لقد أعطى تقرير منظمة الصحة العالمية الذي اعتمد على 35 دراسة أجريت في 16 بلدا، ما يلي:

- الإسهال مرتفع بـ 3,5 إلى 4,9 مرات عند الرضيع الأقل من 06 أشهر و الذي يرضع رضاعة اصطناعية مقارنة بالرضيع الذي يرضع فقط من حليب الأم، و هو أقل خطورة عند الأطفال الذين يتلقون رضاعة مختلطة.

[1] أيمن سليمان مزاهرة، ليلى حجازين نشيوات، ليلى عبد الرؤوف أبو الحسن، مبادئ صحة الطفل و تغذيته، جامعة البلقاء التطبيقية، عمان، دار الخليج للنشر، 2000، ص 60.

- إن خطر الوفاة عند الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية أكبر مقارنة بالذين يضعون طبيعيا و يرتفع إلى أكثر من 25 مرة عند الرضع الأقل من 5 أشهر، أما خطر الوفاة عند الذين يرضعون رضاعة مختلطة يرتفع إلى 8,6 مرات مقارنة بالذين يرضعون رضاعة طبيعية مطلقة[1].

الالتهابات التنفسية : هناك دراسة أخرى بينت أن الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعيـة و مختلطة هم الأكثر تعرضا للإصابة بالالتهابات التنفسية الحادة (Infections respiratoires aigues)، حيث أقيم مسح في دائرة الحراش بالجزائر العاصمة ضم 500 أسرة معيشية، و قد أجري خلال الثلاثي الأول من سنة 1998، ضمت الدراسة الأطفال الأقل من سنتين. و من نتائج هذه الدراسة :

هناك 157 طفل من مجموع الأطفال أصيبوا بالالتهابات التنفسية الحادة أي 31 % و تم توزيعهم حسب نوع الرضاعة كما يلي :

- الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية: 303/34 = 11,2 %
- الأطفال الذين رضعوا رضاعة مختلطة: 51/109 = 44,78 %
- الأطفال الذين رضعوا رضاعة اصطناعية: 72/88 = 81,8 % [2]

أمراض الرئة : بينت إحدى الدراسات أن أخطر وفاة الأطفال الرضع بنحو 14 مرة على الأقل عن نظراتهم ممن يرضعون رضاعة طبيعية بينما تزداد خطورة وفاة الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية نتيجة للإصابة بداء الرئة "نيمونيا" 04 أضعاف أعدادهم ممن يبتعدون كليا عن حليب أمهاتهم[3].

الحماية من اشلل : لقد ثبت علميا أن حليب الأم يقاوم شلل الأطفال لاحتوائه على مادة مضادة لعدوى هذا المرض، و كمثال على هذا عندما حل مرض شلل عند الأطفال بحالة وبائية في شمال كندا وجد أنه يقل عند الأطفال المرضعين طبيعيا، و منه فإن نسبة الوفيات بهذا المرض

[1] UNICEF, FOREM. L'allaitement maternel, op. cit., p. 8.

[2] Op. cit., p. 27.

[3] اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم، 1998، ص 5.

تزداد بين الأطفال الذين حرموا من حليب أمهاتهم و هي أكبر بستين مرة من أولئك الذين كان لهم حظ في الرضاعة الطبيعية[1].

التهابات الأمعاء : لقد قدر معدل الوفيات إثر الإصابة بهذا النوع من المرض ما بين 20 إلى 40 % عند الأطفال الذين يزيد عمرهم عن 06 أشهر و أكثر من 40 % عند الأطفال الذين يتلقون رضاعة اصطناعية مقارنة بالذين يرضعون رضاعة طبيعية، كما أن حليب الأم يحمي أيضا من التعفن الجرثومي الذي يتسبب في الأمراض الجلدية[2].

التهاب الأذن : لقد بينت دراستين أمريكيتين أن الرضاعة الطبيعية المطلقة تقلل من خطر الإصابة بالتهاب الأذن، مقارنة بالذين يرضعون رضاعة اصطناعية، و قد جاء في الدراستين أن الأطفال الذين يتلقون رضاعة مختلطة لهم معدل الإصابة بالتهاب الأذن يفوق 40 % و هو أقل معدل من الذين يرضعون طبيعيا.

المثانة : إن الأطفال الرضع الأقل من 06 أشهر و الذين يتلقون رضاعة اصطناعية هم أكثر تعرضا لنوع هذا المرض بما يقارب 5 مرات مقارنة بالأطفال الذين يرضعون طبيعيا.

الالتهاب الرئوي : إن الالتهاب الرئوي هو سبب وفيات الأطفال الأقل من 05 سنوات، و هناك دراسة تمت في البرازيل بينت أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى سنة واحدة من العمر و الذين لم يتلقوا الرضاعة الطبيعية لهم خطر الإصابة بهذا النوع من المرض بما يقارب 17 مرة و أكثر مقارنة بالأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية مطلقة. كما أن خطر الإصابة بالالتهاب الرئوي يساوي أكثر من 04 مرات عند الأطفال الذين يتلقون رضاعة مختلطة[3].

و كخلاصة عما ذكر حول الظروف المساعدة على انتشار الأمراض و كذا عن سوء التغذية ما يلي:

---

[1] عز الدين فراج، الإسلام و الوقاية من الأمراض، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، ط2، 1984، ص 21.

[2] Chessex PHILIPE et Autres. Alimentation de l'enfant de 0 à 1 an et allaitement maternel, Edition Agence d'Arc, Canada, 1984, p. 39.

[3] عز الدين فراج، الإسلام و الوقاية من الأمراض، مرجع سابق، ص 25.

- إعراض الأم عن الرضاعة الطبيعية لأسباب مختلفة و اللجوء إلى الحليب الاصطناعي الذي يتطلب إجراءات في تحضيره.
- قلة المدد في فترة النمو السريع: في النصف الثاني من السنة الأولى حيث يحتاج الطفل إلى كميات من الحريرات لا يستطيع الحليب وحده توفيرها و من أسباب هذا النقص في المدد الفقر، قلة الوعي، الأمراض العنيفة و خصوصا مرض الإسهال الحاد و يتمثل العلاج في الوقاية.
- عدم مراقبة الحمل عند الأم: لتلافي الأمراض التي تتسبب في نقص في الوزن عند الولادة.
- عدم تحسيس الأم بقيمة الرضاعة الطبيعية و كيفية إنجاحها.
- عدم تنويع الأكل للطفل عند الشهر الرابع أو السادس.
- عدم احترام قواعد النظافة في تحضير الحليب الاصطناعي.
- عدم تشخيـص الحالات المبتـدأة من سوء التغذية بالمراقبة المنتظمة و الدورية للوزن و الطول،
- عدم المباعدة بين الولادات لتمكين الطفل من النمو النفسي و الجسمي في أحسن الظروف[1].

و نستطيع القول بأنه أصبح الآن في البلدان المتقدمة تواجد مراكز جيدة للتجهيز و الإعداد لجمع حليب الأم و تكون عادة بشكل شبكة واسعة كثيفة تضم معظم المدن و يتم عن طريقها تأمين حليب الأم للأطفال الرضع الذين ليس في استطاعة أمهاتهم إرضاعهم لسبب جوهري من الأسباب[2].

و لقد بينت المنظمة العالمية للصحة أن أكثر نسبة الوفيات عند الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية، و لقد نشرت جمعيتي: « Larbeits grippe dritte weh et war and want » مقالا حول أضرار الرضاعة الاصطناعية فكانت الأولى مقالها بعنوان "قاتل الطفل" و أرجعته

[1] ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية، مرجع سابق، ص 127.

[2] الصوفي عبد الله، موسوعة للعناية بالطفل، دار العودة، بيروت، ط2، 1977، ص 57.

إلى نسبة الوفيات من الأطفال في دول العالم الثالث هو كثرة استيرادها للحليب "Nestlé"، أما المجلة الثانية فغيرت العنوان من قاتل الطفل إلى « Nestlé tue les bébés » [1].

فالحليب المستورد يشكل خطورة في الدول النامية بسبب تلوث المياه و عدم مراعاة الشروط الصحيـة و النظافة في تحضير الرضاعات.

3- المقارنة بين الرضاعة الطبيعية و الرضاعة الاصطناعية

إذا أردنا المقارنة بين الرضاعة الطبيعية و الاصطناعية، فيجب أن نقارن من خلال التغذية التي تقدم للطفل و مدى تأثير كل وحدة على حدا في حياة الطفل اليومية و المستقبلية. فالرضاعة الطبيعية تقابلها التغذية الصحية لكل من الطفل و الأم معا، أما الرضاعة الاصطناعية فتتمثل في الوسائل الصحية من نظافة و تعقيم و التكاليف الكبرى التي تتطلبها.

1- الحليب الطبيعي :

- إن حليب الأم غذاء نظيفا و آمنا يهضمه الطفل بلا عناء،
- يلبي كافة المتطلبات الغذائية للطفل في الشهور الأولى من حياته،
- يتميز بسهولة الهضم و يمنع سوء التغذية و كثيرا من المشاكل الصحية،
- يكسب الطفل مناعة طبيعية ضد الكثير من الأمراض،
- يمنح الطفل شعورا بالأمان النفسي و الراحة الجسدية و يساعده على أن ينمو نموا متوازنا و طبيعيا،
- يعود بالنفع على الأم حيث تساعد عملية الرضاعة الطبيعية المطلقة على تباعد الولادات،
- تسلم الأمهات اللائي يرضعـن طبيعـيا من مخاطـر التعرض لمرض سرطان الثدي و المبيض.

[1] العلبي محيي الدين طالوا، العناية بالطفل و تغذيته، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 1991، ص 48.

2- الحليب الاصطناعي :

- لا يحمي الرضيع من الأمراض لافتقاره إلى المناعة الواقية ضد الجراثيم،
- يستلزم إجراءات دقيقة في التحضير (تعقيم الرضاعات، ضبط المقاييس، ...)،
- يسبب الوفاة لكثير من الأطفال في العالم الثالث،
- يسبب الضرر عن طريق تلوث البيئة بفضل إنتاجه،
- يتميز بصعوبة الهضم،
- بهيض الثمن من حيث شراء الحليب الاصطناعي و مستحضراته كالرضا عات، و المياه المعدنية، ..

الفصل الرابع

اهتمام المنظمات العالمية بالرضاعة الطبيعية

المبحث الأول : الحركات العالمية حول تعزيز ثقافة الرضاعة الطبيعية ضد غزو ثقافة التغذية الاصطناعية

قبل أن نتطرق إلى ما جاء به المؤتمر، نشير باختصار إلى اتفاقية حقوق الطفل التي وقع عليها في يناير 1990، و هو اليوم الأول الذي فتح فيه باب التوقيع عليها، و قد دخلت حيز التنفيذ في سبتمبر 1990.

و بصفة عامة فإن الاتفاقية تعترف بالدور الأساسي للأسـرة و الوالديـن في رعايـة الأطفال و حمايتهم و بواجب الدولة أن تساعدهم على القيام بهذه المهام[1]. و تتألف هذه الاتفاقية من 54 مادة و تنص المادة 24 على ما يلي :

أ) خفض وفيات الرضع و الأطفال،
ب) كفالة توفير المساعدة الطبية و الرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية،
ج) مكافحة الأمراض و سوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة و عن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية،
د) كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة و بعدها،
هـ) كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، و لا سيما الوالدين و الطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل و تغذيته و مزايا الرضاعة الطبيعية و مبادئ حفظ الصحة، و حصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات و مساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات،
و) تطوير الرعاية الصحية الوقائية و الإرشاد المقدم للوالدين، و التعليم و الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة[2].

[1] مكتب اليونيسيف بالجزائر، اتفاقية حقوق الطفل، النص الكامل، بدون سنة، ص 4 و 5.

[2] نفس المرجع، ص 24.

1- دعم الرضاعة الطبيعية و اجتناب الرضاعة الاصطناعية في مؤتمر "إنوتشنتي" (Innocenti)♦

لقد أثر المؤتمر على ما يلي:

1) لكي نصل إلى الهدف العالمي المنشود في تحقيق الصحة و التغذية المثالية و الطفولة، فإنه يجب أن تتمكن جميع الأمهات من ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة، و أن يرضع جميع الأطفال بصورة خالصة منذ الولادة و حتى 4-6 أشهر و بعد هذا العمر يجب أن يستمر الطفل في الحصول على الرضاعة بجانب تغذيته بأغذيـ ـ ـة تكميليـة مناسبـة و ملائمة، إلى أن يصل عمره سنتين أو إلى ما بعد العمر إن أمكن ذلك.

2) الوصول إلى الهدف يتطلب تعزيز "ثقافة الرضاعة الطبيعيـة" في العديـ ـد من الدول و الدفاع عنها بقوة ضد غزو "ثقافة التغذية الاصطناعية من الزجاجة".

3) من الواجب بذل الجهد و العمل على رفع ثقة الأمهات في قدرتهن على الإرضاع. إن منح الأمهات مثل هذه القوة الذاتية يقتضي إزالة القيود و التأثيرات السلبية التي تتلاعب بسلوكهن اتجاه الإرضاع، و غالبا ما يتحقق ذلك من خلال استعمال طرق و أساليب حكيمة و ماهرة غير مباشرة و هذا الأمر يحتاج إلى وضع خطة اتصالات استراتيجية شاملة تمتاز بسرعة الاستجابة و الرد على جميع وسائل الإعلام المتاحة، و علاوة على ذلك يجب القضاء على جميع العقبات التي تعيق الرضاعة الطبيعية داخل المنشآت الصحية.

4) من الواجب اتخاذ التدابير لتوفير الأغذية الكافية و الملائمة، و التي تتضمن تحقيق المستوى الصحي المثالي و أسرهن، كما يجب التأكد من أن جميع الأمهات يمكنهن من الحصول على الخدمات و المعلومات، التي تستطيع أن تمدهن بالقدرة على الاستمرار

♦ لقد صدر إعلان مؤتمر إنوتشنتي للطفولة من قبل المشاركين في لقاء منظمة الصحة العالمية و اليونيسف لصانعي السياسة "الرضاعة الطبيعية في التسعينات: مبادرة عالمية" و قد شارك في دعمه وكالة الأمم المتحدة للتنمية الدولية ، AID، و إدارة التنمية الدولية السويدية SIDA، و قد عقد اللقاء في سيبادل ديلجي إنوتشنتي بفلورنسا بإيطاليا، في 30 جويلية إلى 01 أوت 1990.

في الرضاعة، و تنظيم الأسرة و عدم تكرار الحمل خلال فترات قصيرة و متلاحقة لأن ذلك يؤدي إلى الإضرار بصحتهن و حالتهن الغذائية هن و أطفالهن.

5) على جميع الحكومات أن تضع و تطور سياسات وطنية للرضاعة الطبيعية، و أن تحدد أهدافها كما يجب عليها تأسيس نظام وطني لمتابعة تحقيق هذه الأهداف، و كذلك يجب تطوير مؤشرات قياسية مثل قياس معدل الرضاعة الطبيعية المطلقة للأطفال عند مغادرة المنشآت الصحية أي المعنية بخدمات الأمومة و الطفولة، و كذا معدل الرضاعة الطبيعية المطلقة للأطفال عند العمر 04 أشهر.

6) إن السلطات الوطنية مطالبة بدمج سياسات الرضاعة ضمن السياسات العامـة للصحـة و التنمية، و في هذا السعي يجب تعزيز جميع الأعمال التي تحمي و تشجع الرضاعة الطبيعية و ذلك ضمن برامج تكميلية أخرى مثل رعاية الحمل و الولادة و التغذيـ ـة، و خدمات تنظيـم الأسـرة و وقاية و علاج أمراض الأمومة و الطفولة و هناك ضرورة لتدريب جميع العاملين في خدمات الرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ سياسات الرضاعة الطبيعية.

أما الأهداف العلمية فتتمثل في:

- التأكد من أن جميع المنشآت الصحية التي تقدم خدمات الأمومة تمارس بصورة كاملة جميع الخطوات العشرة التي حددتها منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للأطفال، في بيانها عن كيفية إنجاح الرضاعة الطبيعية و دور خدمات رعاية الأمومة.

- القيام بأداء الأعمال التي تطبق مبادئ و أهداف جميع المواد المدونة الدولية لقواعد و تسويق بدائل حليب الأم، و القرارات اللاحقة لمنظمة الصحة العالمية و ذلك بصورة تامة.

- حماية حقوق الرضاعة للنساء العاملات، و أن تتخذ الطرق التي تعمل على تعزيزها،

- تشجيع السلطات الوطنية و تدعيمها في تخطيط و تنفيذ و مراقبة و تقييم سياسة الرضاعة.

- استخدام مطبوعات المنظمات المعنية بدعم الرضاعة الطبيعية و مواقعها على شبكة الإنترنت و منها موقع WABA (التحالف العالمي لدعم الرضاعة الطبيعية)[1].

2- مشروع " مستشفيات أصدقاء الرضع "

إن الرضاعة مربوطة بالإنسان منذ أن وجد و كانت الغذاء الأول للطفل، و ما زالت في مجتمعات كثيرة حتى الآن، لكن في أواخر القرن التاسع عشر في أوروبا و أمريكا، بدأ العالم في تصنيع الغـذاء الـذي يحل محل الرضاعة و لو جـزئيا و بدأت هذه الصناعات تزدهر في أوروبا، و خاصة بعد الحرب العالمية الثانية.

و قد أجريت دراسات في أمريكا و أوربا أشارت بعضها إلى أن معدل الأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية أعلى من معدل وفيات الأطفال الذين يرضعون طبيعيا.

لهذا و بعد مرور السنين بدأ الناس يتساءلون أليس من عودة إلى الرضاعة الطبيعية ؟ و ذلك لتجنب الطفل تجربة لا يعرف أثرها في الوقت القريب في حياته. و قد أثار المؤيدون للرضاعة عدة نقاط:

- الرضاعة الاصطناعية للطفل منذ الوهلة الأولى هي التجربة التي لا يمكـن التحكم فيها و هم في هذه الحالة ينظرون للآثار المترتبة عن ذلك في المدى الطويل كارتفاع الضغط، البدانة، ...
- فقدان الحنان الذي ينشأ بين الطفل و والدته عن طريق الرضاعة،
- إن الألبان سواء كانت حيوانية أو كانت مركبة صناعيا، لا يمكن أن تكون بديلا لحليب الأم[2].

[1] UNICEF. Adoptez l'Initiative des Amis des Bébés ! Etats-Unis, Sans date, p. 13-14.

[2] جامعة الدول العربية، المشروع العربي للنهوض بالطفولة، ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية (تونس، 9-20 أكتوبر 1989)، مرجع سابق، ص 152.

لقد أثارت هذه النقاط بعض الباحثين و المهتمين بالأمر و كذا المنظمات الدولية و على رأسها منظمتي OMS و UNICEF، اللتان أعادتا الاعتبار لهذه الممارسة عن طريق مشروع عالمي ترى فيه المخرج ألا و هو "مشروع مستشفيات أصدقاء الرضع" و قد تركز اهتمامها على ترقية البرامج التي تهدف إلى بقاء الطفل و الحفاظ على حياته و هذا يتم عن طريق الرضاعة الطبيعية خلال الشهور الأولى من حياة الطفل.

و يتمثل هذا المشروع في إقامة مستشفيات لا يعتمد فيها إطلاقا على الرضاعة الاصطناعية بل يكون الاعتماد فيها على الرضاعة الطبيعية المطلقـة بنسبة 100 % حتى غاية 06 أشهر من عمر الطفل، و بعد هذا العمر يتلقى الطفل أغذية إضافية و يستمر في الإرضاع إلى غاية سنتين أو أكثر.

لقد وضعت المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للأطفال سنة 1989 هذا المشروع أو التجربة لتوفر لآلاف من المواليد الجدد انطلاقة حسنة في الحياة. وفي سنة 1990 انعقدت القمة العالمية للأطفال بنيويورك و أدرج تطوير الرضاعة الطبيعية ضمن الخمسة و عشرين هدفا في التقرير العالمي لصالح بقاء و حماية و تطور الطفل.

و قد تأسس هذا المشروع بصفة رسمية سنة 1991 من طـرف كل من OMS و UNICEF و المنظمة الدولية لطب الأطفال[1].

و هدف هذا المشروع هو أن تعمل المستشفيات على تحفيز و نشر الرضاعة الطبيعية و اجتناب الرضاعة الاصطناعيـة لما لها من دور هام في اتخاذ الأم لقرار البدايـة في الرضاعـة الطبيعيـة و الاستمرار فيها، و لأجل هذا يجب تطبيق النقاط التالية :

- وضع الطفل مباشرة بعد الولادة بقرب أمه،
- إرضاع الطفل عند الطلب،
- احترام القانون الدولي لتسويق بدائل حليب الأم،

[1] Ministère de la Santé. La lettre de la prévention, N° 06, Alger, 1997.

- تكوين العاملين في المنشآت الصحية لتشجيع الرضاعة الطبيعية و مساعدة الأم في ممارستها،
- تخصيص أيام دراسية و ملتقيات حول موضوع الرضاعة الطبيعية[1].

كما يجب تفادي تقديم محاليل الغلوكوز في الرضاعات للمواليد الجدد قبل بدأ عملية صعود الحليب[2].

و لقد سطر ضمن مشروع "مستشفيات أصدقاء الرضع" عشر خطوات أساسية عن كيفية إنجاح عملية الرضاعة الطبيعية و سوف نتطـرق بالتفصيـل إلى هذه الخطـوات في المبحث الثاني و بالضبط في القسم الخاص بالتعليمات في شأن تجربة مستشفيات أصدقاء الرضع في الجزائر.

و قد انتشر عبر العالم حوالي 150.000 مستشفى، و ارتفع عدد المستشفيات بـ10 % سنة 1998. و لقد طلبت المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للأطفال من جميع البلدان التي تم فيها تطبيق مشروع "مستشفيات أصدقاء الرضع" بإجراء دراسات و الحصول على معدلات و مؤشرات صحية لتحليل و قياس الرضاعة بأنواعها، مما يتيح المقارنة بين نتائج مختلف هذه البلدان من خلال طرح أسئلة محددة و المتضمنة المؤشرات التالية :

- نسب الرضاعة الطبيعية عند الولادة،
- نسب الرضع الذين يتلقون رضاعة طبيعية مطلقة ما بين فترة من 4 إلى 6 أشهر،
- نسب الرضع الذين يتلقون أغذية أخرى أو سوائل غير حليب الأم عند الأعمار: شهر، شهرين أو 3 أشهر،
- نسب الرضع الذين يتلقون رضاعة طبيعية عند الأعمار التالية: 6، 12 و 24 شهرا.

و تقدر هذه المؤشرات من خلال الدراسات الطولانية و الممثلة على مستوى الوطن و على سبيل المثال المسوحات الديمغرافية و الصحيـة (EDS) و التي تجـري في العديد من البلدان النامية بدعم و تمويل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية[1].

[1] David MORLEY. Pédiatrie dans les pays en développement, op. cit., p. 15.

[2] OMS, FISE. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, Genève, 1989, p. 27.

المبحث الثاني: تعليمات بصدد ترقية و تشجيع الرضاعة الطبيعية في الجزائر

قبل التطرق إلى هذه التعليمات، نذكر ببرنامج التغذية الذي تبنته الجزائر في جوان 1985 و هو يحمل في طياته أهدافا و استراتيجيات إلى التخفيض الفعلي من حالات سوء التغذية و استعمال الرضاعة الطبيعية بالدرجة الأولى، و يمكن ذكر أهم أهداف هذا البرنامج :

1- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة عند الأطفال الأقل من 3 سنوات،
2- التوصية باستعمال حليب الأم،
3- العمل على توفير المواد الغذائية الموجهة للأطفال،
4- القضاء على الأمراض الناتجة عن نقص الفيتامينات،
5- تسطير جهاز وطني لتوفير المواد الغذائية للأطفال[2].

1- تعليمات في شأن نتائج المسح حول وفيات و اعتلال الأطفال في الجزائر لسنة 1989

لقد أعطت نتائج المسح حول وفيات و اعتلال الأطفال لسنة 1989 ما يلي :

- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية عند الأطفال الرضع الأقل من شهرين بـ 94 %.
- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية عند الأطفال البالغين سنة من العمر بـ 35 %.
- بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية عند الأطفال البالغين سنتين من العمر بـ 24 %.

و لقد جاء في التعليمات أنه توجد إمكانيات لرفع نسبة الرضاعة الطبيعية و ذلك برفع مجهودات التوعية و التحسيس و إدماج التربية الصحية و القضاء على بعض الممارسات التي تعيق الرضاعة الطبيعية و التي تتمثل في تنفيذ الإجراءات التالية :

---

[1] ANAES. Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, op. cit. p. 36.

[2] MSP, UNICEF. Projet de lutte contre la mortalité infantile, Alger, 1985, p. 13.

أ) على مستوى مراكز الأمومة و الطفولة

- لا يجب فصل الرضيع عن أمه عند ولادته،
- لا يجب الانتظار يومين أو ثلاثة أيام لإرضاع الطفل بحجة انتظار عملية صعود الحليب،
- لا يجب تغذية الرضيع بالحليب الاصطناعي أو إعطاؤه محلول سكري أو محلول الأعشاب الطبيعية في مرحلة مبكرة.

ب) على مستوى مصالح طب الأطفال

إن إقامة المولود الجديد أو الرضيع في المستشفى يؤدي إلى فطامه بطريقة فجائية و مبكرة، لهذا يجب أخذ الإجراءات اللازمة لتطبيق التوجيهات التالية :

I. تغيير بعض المواقف و السلوكات

- العمل على الإرضاع من الثدي مبكرا أي بعد نصف ساعة من الولادة و التفريغ المنتظم و المتكرر للثدي يحفز إفراز تدفق الحليب، لذا وجب إعطاء الثدي للرضيع عند الطلب و تبعا لحاجياته.
- لا يجب إرضاع الطفل رضاعة اصطناعية إلا إذا كانت الأم مريضة.

II. التربية الصحية

- تنظيم جلسات التربية الصحية على مستوى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و التي ينشطها أخصائيون في هذا المجال، و على الأمهات الإكثار من الزيارات المتكررة أثناء الحمل (متابعة الحمل) و بعد الولادة.

III. العمل على تدريب العاملين في الصحة

- إن الرضاعة الناجحة تتطلب الالتفات إلى العامل في الرعاية الصحية و التي تخص الفترة ما قبل الولادة و بعدها و خاصة بالنسبة للنساء الحوامل لأول مرة.

- تخصيص أيام دراسية و محاضرات و ملتقيات مع توفير مراجع في الموضوع.

- يجب التركيز على الرضاعة الطبيعية خلال فترات التكوين على مستوى معاهد تكوين القابلات و التقنيين في العلاج العام، و كذا دراسة الرضاعة بمختلف أنواعها من خلال المذكرات أو رسائل الماجستير[1].

أكثر تفاصيل عن التعليمات الخاصة بترقية الرضاعة الطبيعية و التي جاءت تماشيا مع نتائج المسح حول وفيات و اعتلال الأطفال لسنة 1989، أنظر الملحق 02.

و تقدر هذه المؤشرات من خلال الدراسات الطولانية و الممثلة على مستوى الوطن و على سبيل المثال المسوحات الديمغرافية و الصحيـة (EDS) و التي تجـري في العديد من البلدان النامية بدعم و تمويل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية[2].

2- تعليمات في شأن تجربة "مستشفيات أصدقاء الرضع"

إن الجزائر واحدة من الدول التي وقعت على تقرير تجربة "مستشفيات أصدقاء الرضع". إن هذا التعهد ترجمته وزارة الصحة و السكان بإنشاء لجنة لتفعيل المبادرة و الذي ترجم من خلال تنصيب لجنة وطنية (المرسوم رقم 95/MSP/002 المؤرخ في 18 فيفري 1995). و بالرغم من الأهمية القصوى التي تكتسبها هـذه التجربة لما لها من فوائد تعود بالنفع على الأم و الطفل و على اقتصاد البلاد، و بالرغم من التعليمات التي أرسلها وزير السكان عام 1999 إلى جميع المؤسسات الصحية التي تختص بشؤون الطفولة و الأمومة إلا أن التجربة بقيت حبرا على ورق. لكن نستطيع القول أن التجربة ما زالت فتية غير مطورة رغم أن الكثير من المختصين بمستشفى مصطفى باشا الجامعي تحت إشراف الأستاذ "لبان" و هو اختصاصي في أمراض النساء و التوليد و الذي يعتبر الأب الروحي لهذه التجربة في الجزائر، و الذي أكد أن اللجوء

[1] UNICEF, FOREM. L'allaitement maternel, op. cit. pp. 42-43.

[2] ANAES. Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, op. cit. p. 36.

إلى فكرة هذه التجربة جاء تماشيا مع تردي الأوضاع الاقتصادية لبلد ما لأنه حتى و إن وزع حليب الأطفال مجانا فإن الرضاعة الطبيعية تبقى ضرورية[1].

و قد جاءت هذه التعليمات انطلاقا من نتائج المسح الوطني حول أهداف النصف العشرية الذي أجري في سنة 1995، حيث بلغت من خلاله نسبة الرضاعة الطبيعية عند الأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم 4 أشهر بـ 56 %. و ترجع أسباب انخفاض هذه النسبة إلى القطاع الصحي الذي لم يقم دوره كما ينبغي في شأن تدعيم الرضاعة الطبيعية و خاصة أن الجزائر لا تزال تعاني إلى يومنا هذا من الإسهال و سوء التغذية و الالتهابات التنفسية. و تتمثل العوامل التي ساعدت على ذلك هي غياب التربية الصحية، توفر بدائل حليب الأم مما يسمح باللجوء إلى استعمال الرضاعات، ...

و لقد جاء هذا المشروع بتطبيق الخطوات العشرة التي يجب الاعتماد عليها في تحقيق الهدف المنشود ألا و هو ترقية الرضاعة الطبيعية و اجتناب الرضاعة الاصطناعية و خاصة خلال الأشهر الستة الأولى من الولادة و بعد ذلك يجب إدخال الأغذية التكميلية مع مواصلة الإرضاع الطبيعي حتى سنتين من عمر الطفل إن أمكن[2].

كما يجب على كل القطاعات الصحية المتخصصة في شؤون الأمومـة و الطفولة مراعاة ما يلي :

1) تدريب جميع العاملين في خدمات الرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ سياسات الرضاعة الطبيعية،
2) توفير لكل العاملين داخل المنشآت الصحية كل الوسائل الضرورية لإنجاح و تنفيذ سياسة الإرضاع الطبيعي،
3) العمل على توفير المعلومات الخاصة بمزايا و فوائد الرضاعة الطبيعية و ممارستها.

[1] بوتريس مسعودة، الرضاعة الطبيعية – دراسة استطلاعية عن عينة من النساء في مراكز حماية الأمومة و الطفولة بشراقة و باب الواد، رسالة الماجستير في علم الاجتماع، (2001-2002)، جامعة الجزائر، ص 88.

[2] UNICEF. Stratégie visant à améliorer la nutrition des enfants et des femmes dans les pays en développement, Etats-Unis, 1990, p. 27.

4) مساعدة و تشجيع الأمهات على بداية الإرضاع الطبيعي في النصف ساعة الأولى من الولادة،
5) بذل الجهد و العمل على مساعدة الأمهات على كيفية ممارسة الإرضاع من الثدي و رفع ثقتهن الشخصية على الرضاعة حتى و إن كانت منفصلة على رضيعها،
6) لا يجب إعطاء الرضيع بعد ولادته أي شراب أو محلول سكري أو أي حليب غير حليب الأم إلا بعد استشارة الطبيب،
7) ترك الرضيع بجانب أمه لمدة 24 ساعة في اليوم،
8) تشجيع الرضاعة الطبيعية حسب طلب الرضيع و ليس في أوقات محددة،
9) لا يجب إعطاء الرضيع الذي يرضع رضاعة طبيعية، مصاصة أو حلمة اصطناعية،
10) العمل على تشجيع إنشاء جمعيات دعم الرضاعة الطبيعية و التي تبدأ عملها بعد الولادة مباشرة أو إثر خروج الأم من المستشفى أو من العيادة[1].

و في شأن العمل على تفعيل هذه المبادرة يتم الإسهام في ذلك بحضور:

- مراقب دولي،
- ثلاثة أعضاء من لجنة "مشروع المستشفيات أصدقاء الرضع"،
- عضو من منظمتي OMS و UNICEF.

أكثر تفاصيل عن التعليمات الخاصة بتجربة "مستشفيات أصدقاء الرضع" في الجزائر أنظر الملحق 01.

[1] Instruction n° 002/MSP/MIN du 18 février 1999 relative aux Hôpitaux Amis des Bébés.

الفصل الخامس

التربية الصحية و الأسرة

المبحث الأول : دور التربية في رفع مستوى الصحة لدى المجتمع

1- أهداف التربية الصحية، مجالاتها و مناهجها :

إن التربية الصحية كما عرفتها المنظمة العالمية للصحة تمثل كل فعل يهدف إلى تغيير سلوك الأفراد، و اكتساب عادات سليمة، و كذا الحفاظ عليها، فضلا عن الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، و تجعلهم قادرين فرديا و جماعيا على تحسين الحالة الصحية و الوسط الذين يعيشون فيه[1].

و هي كذلك عملية تغيير أفكار و أحاسيس و سلوك الناس فيما يتعلق بصحتهم و كذا تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم و اتجاهاتهم و ممارستهم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا حميدا[2].

و من **أهداف التربية الصحية** ما يلي:

1- تغيير مفاهيم الأهالي قيمهم فيما يتعلق بالصحة و المرض و جعل الصحة العامة هدفا عندهم.

2- تغيير اتجاهات و سلوك الأهالي لتعزيز صحة الفرد و الأسرة و المجتمع بصفة عامة، فيما يخص صحة الأم و الطفل، و التغذيـة و صحـة الأغذيـة و الإسعافات الأوليـة و غيرها.

3- إنجاح المشروعات و الوحدات الصحية بثقة الأهالي في العاملين في هذه الوحدات و من جهة أخرى اتجاهات العاملين نحو الأهالي و مدى اهتمامهم بخدمتهم[3].

---

[1] Michel MANCIAUX et Jean Pierre DESCHAMPS. Santé de la mère et de l'enfant de la PMI à la santé de la famille, Paris, Flammarion, Médecine, Sciences, 1978, p. 32.

[2] جاد الله فوزي علي، الصحة العامة و الرعاية الصحية، مصر، دار المعارف، ط2، 1975، ص 445.

[3] زكي علي محمد، التربية الصحية بين النظرية و التطبيق، الكويت، منشورات ذات السلاسل، ط1، 193، ص 37.

مجالات التربية الصحية

إن مجالات التربية الصحية متعددة و تتمثل في :

1- التربية الصحية في مجال رعاية الأمومة و الطفولة،
1- التربية الصحية في مجال صحة البيئة،
2- التربية الصحية في المدارس،
3- التربية في مجال الأمراض،
4- التربية في مجال الخدمات الصحية و الاجتماعية[1].

و هناك من حدد مجالات التربية الصحية في أربعة جوانب هي :

1- التربية الصحية في محيط المنزل – الأسرة،
2- التربية الصحية في المحيط المدرسي،
3- التربية الصحية في محيط المجتمع،
4- التربية الصحية في محيط العمل[2].

و كخلاصة لما ذكر فإن التربية الصحية تدخل ضمن المرحلة الأولى لحياة الفرد حيث تغرس في هذا الأخير مختلف العادات و الاتجاهات و المعارف و القيم الصحية، لهذا فالأسرة هي الأولى التي تهتم بصحة أفرادها و تعمل على الوقاية من الأمراض، و تحسن اختيار الغذاء المناسب و الطرق الصحية لتحضيره و تقديمه بإتباع الطرق الصحية السليمة في الوقاية من الأمراض.

[1] بستان محمود، مناهج التربية الصحية، الكويت، دار القلم، جامعة الكويت، ط1، 1981، ص 315.

[2] زكي علي محمد، التربية الصحية بين النظرية و التطبيق، مرجع سابق، ص 43.

مناهج التربية الصحية

تقسم مناهج التربية الصحية إلى ثلاثة و هي :

1- وسائل الإعلام : و هي الوسائل لتوصيل المعلومات و الخبرات إلى الناس و تمتاز بمساعدة المثقف الصحي على الاتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد و كمثال على ذلك: الراديو، و التلفزيـون، و الصحف، ...

2- طرق المواجهة: و هي تتمثل في المحادثة الشخصية مثلا بين الطبيب و المريض، أو بين الممرضة و الأم، و كذا من خلال الفصول الصحية من خلال موضوعات محددة لمجموعات محددة من المتعلمين مثلا فصل للأمهات عن رعاية الطفل و تغذيته، و من خلال أيضا الاجتماعات و منها حلقات المناقشة كالندوات و المؤتمرات.

3- طريقة تنظيم المجتمع: و تتمثل أسس طريقة تنظيم المجتمع في التربية الصحية بتحديد أهم المشاكل الصحية للمجتمع مع مراعاة الأولوية و الأسبقية عن حلها و إثارة روح التعاون لحـل تلك المشاكـل. و يمكـن تطبيـق ذلك عـن طريق توعية الأفراد بحدة و خطـورة المشكل و الإحساس بالأضرار التي تحدثها على أفراد المجتمع[1].

2- دور المدرسة في التربية الصحية :

تسعى هذه البرامج إلى تحسين نوعية الحياة الفردية و الجماعية من كافة جوانبها عن طريق التربية التصاعدية من الطفـل إلى الأسـرة، إذ تنتقـل المعلومات عن طريق الطفل بفضل المدرسة إلى الأم و تليها الأسرة.

إن الهدف الرئيسي لعملية إدماج التربية الصحية في البرامج التعليمية هو محاولة الوصول إلى هدف المنظمة العالمية للصحة المتمثل في تنفيذ سياسة الصحة للجميع و ذلك في مختلف العالم.

[1] آسيا شريف، دور الأم في مواجهة الإسهال، دراسة استطلاعية من خلال عينة مأخوذة من مركز حمايـة الأمومـة و الطفولة بالقطاع الصحي لبني مسوس، رسالة الماجستير في علم الاجتماع (1996-1997)، جامعة الجزائر، ص 84.

و كذا التركيز على غرس العادات و الأفكار الإيجابية و الصحية في أذهان الأطفال و هم أجيال المستقبل و منحهم القـدرة على الشعـور بالمسؤوليـة و القـدرة على مواجهـة حاجياتهـم و متطلباتهم[1].

لقد أولت الجزائر أهمية بالغة بموضوع الإسهال و كيفية العلاج منه و لمكافحة هذا الإسهال الذي قد يـؤدي إلى التجفـاف في الجسـم و إلى الموت، فإن مضاعفـة الاستهـلاك الطبي و عدد الأطباء و المستشفيات كل ذلك لا يكفي، و لا يقضي عليه إلا بمكافحة الجهل، إذ بينت جميع الدراسات الصحية أن ما تحمله الأم من معلومات و ما كانت عليه من مستوى ثقافي، إنما يشكل ذلك عاملا رئيسيا في تخفيض وفيات الأطفال، الناتج عن الإسهال أو سوء التغذية، و لذا فإن البرنامج الوطني الجزائري لمكافحة الإسهال لدى الأطفال يتضمن برنامجا تربويا ذا شأن.

إن هذا البرنامج التربوي يوجه بالدرجة الأولى إلى ربات البيوت علما أن خير الأماكن للاتصال بالأمهات إنما هي المراكز الصحية المختصة في شؤون الأمومة و الطفولة.

إن التربية الصحية التي يتلقاها التلميذ في المدرسة و نقل المعلومات عن طريق الطفل من المدرسة إلى الأم، إن ذلك وحده كفيل بأن يمتد إلى كل العائلات و يشملها كلها حيث للعائلات الجزائرية طفل أو أكثر في المدرسة.

و في هذا الصدد صدر كتاب يتناول إسهال الطفل و معالجته و وقايته التي تتطلب قبل كل شيء إرضاع الطفل من قبل أمه، و هو يوجه بالدرجة الأولى إلى الطفل في المدرسة و هو رجـل الغـد، و إلى البنت و هي أم الغد، و إلى أم الطفل بالدرجة الثانية و تماشيا مع هذه التربية التصاعدية (من الطفل إلى الأم) وضع هذا الكتاب.

إن التربية التصاعدية من الطفل إلى الأسرة، إنما تدخل في إطار هذا المفهوم البيداغوجي بتعليم أمه، حيث يمتحن التلميذ معلوماته في النظافة و تغذية الطفل من خلال مفاهيم حول التغذية الإنسانية (الوقاية من الإسهال تمر عن طريق التغذية الصحيحة للطفل و هي مواصلة الرضاعة الطبيعية).

[1] جاد الله فوزي علي، الصحة العامة و الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 452.

و يتضمن هذا الكتاب[1] ثلاثة (3) أجزاء و يتلخص مضمونها في المفاهيم البسيطة الأولية في معالجة الإسهال، و كذا حـول فيزيولوجيـة الماء و دوره في العلاج و منه معالجـة الإسهال و كذلك حول الوقايـة من الإسهال مع مراعاة قسم هام للرضاعـة الطبيعيـة و تغذيـة الطفل و الغذاء الصحي.

و هذا الآن ملخص عن ما جاء في هذه الأجزاء :

- الوقاية من الإسهال،
- الوقاية من الإسهال الذي يتطلب قبل كل شيء إرضاع الطفل من قبل أمه،
- الوقاية تعني أيضا مكافحة الرضاعة الاصطناعية و استعمال الرضاعات.

و تعتمد الوقاية من الإسهال على :

- أهمية حليب الأم في الوقاية ضد الإسهال و لإظهار تفوق حليب الأم على حليب البقر يستلزم مقارنة كيميائية بينهما.
- التغذية الجيدة المنتظمـة للطفل، حيث أن الطفل المغـذى جيـدا نادرا ما يصاب بالإسهال و بالعكس يظهر الإسهال الحاد عند الأطفال ذوي التغذية الناقصة و الذين يرضعون رضاعة اصطناعية. من الضروري استكمال حليب الأم عندما يصبح غير كاف ابتداء من الشهر السادس بغذاء ملائم يضمن الاحتياجات اللازمة لنمو الطفل نموا سليما، و هذا ما يبرز اقتناء التلميذ للجدول الغذائي للرضيع.
- النظافة اللازمة في التغذية و التطبيق الدقيق للقواعد الصحية للزجاجات في حالة استعمالها.
- استهلاك الماء الصالح، حيث للماء دور هام في نقل الأمراض، لذا يجب تعريف التلاميذ بضرورة استهلاك الماء الصالح للشرب.

و هذه الآن مقتطفات من الدروس التي تلقاها التلاميذ عن طريق أعمال تطبيقية و نظرية :

- فوائد حليب الأم،
- دراسة تفحص بطاقة إحدى علب الحليب المسحوق للرضيع،

[1] و هو خاص بتلاميذ السنة الخامسة و السادسة من التعليم الأساسي.

- تجارب عن تحليل حليب البقر،
- جدول الأغذية،
- أخطار استعمال الرضاعات البلاستيكية،
- قواعد استعمال الرضاعات الزجاجية،
- مسائل عن تكاليف الرضاعة الاصطناعية[1].

[1] Ministère de la Santé, Ministère de l'Education et de l'Enseignement Fondamental. La prévention des diarrhées et l'alimentation du nourrisson, op. cit., p. 9.

المبحث الثاني : الفتاة و التنشئة الاجتماعية

1- الأسرة و وظيفتها في عملية التنشئة الاجتماعية للفتاة :

إن الأسرة هي الإطار الأشمل الذي يمكن فيه دراسة واقع إنتاج الصحة و دور المرأة في ذلك إذ تبقى المحور الرئيسي الذي يتولى الرعاية الصحية لبقية أفراد الأسرة.

إن موضوع التنشئة الاجتماعية هو موضوع واسع النطاق تتدخل فيه عدة عوامل تساهم في تنشئة الأفراد كالعائلة، و المدرسة، ...

و يعرفها Guy ROCHER على أنها المسار الذي من خلاله يتعلم الفرد و يستنبط طوال حياته العناصر الاجتماعية لوسطه و يدمجها في بناء شخصيته تحت تأثير التجارب و العوامل الاجتماعية المفسرة لها[1].

و هي تختصر كذلك في :

1) سلوك الفرد الذي يرتبـط تدريجيا بالمعاني التي تتكون عنده عن المواقف التي يتفاعل فيها و كل موقف يتفاعل فيه الفرد يكتسب من خلاله معاني تصبح فيها مرتبطة بسلوكه.

2) هذه المعاني تتعدد بالخبرات السابقة التي مر بها الفرد و علاقة تلك الخبرات بالمواقف الراهنة[2].

إن الأسرة هي البيئة الأولى التي يتعلم فيها الطفل بعض السلوكات و العادات فهي من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية للطفل، و هي أيضا عملية تعلم و تعليم و تربية، حيث نجد مثلا أن البنت تتقمص شخصية أمها فهي تحاول اكتساب شخصية أمها في كيفية مواجهة الأمور المنزلية و التربوية و غيرها من الأساليب الاجتماعية و الصحية، و بالتالي تربي منذ صغرها و تتلقن

---

[1] Guy ROCHER. Introduction à la sociologie générale, l'action sociale, Paris, 1968, p. 132.

[2] نجيب إسكندر إبراهيم و آخرون، الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي، مؤسسة المطبوعات الحديثة، ط2، 1961، ص 142.

بمفاهيم و أساليب أولية[1]. فالتربية و التلقين يبدآن في الأسرة التي تعتبر الوسط الممهد الأكبر في عملية التنشئة الاجتماعية للطفل، فهي الأولى التي تغرس فيه القيم و السلوكات فالأسرة حسب كونت "تعتبر الخلية الأولى في جسم المجتمع و النقطة التي يبدأ منها التطور و يمكن مقارنتها في طبيعتها و مركزها بالخلية الحية في المركب البيولوجي لجسم الكائن الحي"[2].

و حسب موضوع دراستنا نستخلـص أن التنشئة الاجتماعية هي عبارة عن عملية تعلم و تعليم و تربية فتاة البارحة باعتبارها أم الغد بكل ما يتعلق بصحة الطفل و تغذيته، و منه فإن التنشئة الاجتماعية تقوم على عملية تشكيل السلوك الصحي الذي يقصد به العمل الحركي و التفكيري الذي تسلكه الأم إزاء إقبالها على إرضاع طفلها عن طريق أساليب التربية الصحية التي اكتسبتها كفوائد الرضاعة الطبيعية، إجراءات استخدام الرضاعات، أهمية بداية الإرضاع، فوائد الكولوستروم، ...

و من خلال بحثنا فقد لاحظنا أن هناك اختلاف في التنشئة الاجتماعية من أم إلى أخرى و يمكن إرجاع هذا الاختلاف إلى المحيط الأسري، المستوى التعليمي و المستوى الاقتصادي، حيث ظهر هذا الاختلاف في المعارف و السلوكات و حتى في ممارسات الأمهات إزاء أنواع الرضاعة، حيث هناك بعض السلوكات الإيجابيـة و هي مثلا الرغبـة في الرضاعة الطبيعية لمدة ما بين 12 و 24 شهرا، و عدم الإطالة في بداية إعطاء الثدي بعد الولادة ... و من جهة أخرى، نجد بعض السلوكات السلبية كعدم احترام بعض الأمهات لقواعد النظافة و عدم تعقيم الرضاعات، استعمال الرضاعات البلاستيكية، إدخال أغذية تكميلية بصفة مبكرة عند الطفل الذي يرضع رضاعة طبيعية ...

2- المحيط الأسري و مدى تأثيره على السلوكات و الممارسات :

هناك عدة عوامل تتدخل في قيام الأم بإرضاع طفلها طبيعيا و من بين هذه العوامل هي الأسرة أو المحيط الأسري للأم الذي يختلف من أم لأخرى، و عليه لدراسة نوع الرضاعة يجب تحليل

[1] مختار محيي الدين، محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982، ص 147.

[2] زيدان عبد الباقي، الأسرة و الطفولة، دار الشباب للطباعة، القاهرة، الكتاب الرابع (79-80)، ص 2.

الإطار الاجتماعي الذي نشأت و تعيش فيه و تأثيرها على اختيار نوع من أنواع الرضاعة التي تقدمه لطفلها.

و منه يمكن القول بأن التنشئة الاجتماعية تكون خاضعة للوسط الاجتماعي الذي تتم فيه و الذي يتشبع الفرد من خلاله بمعايير و قواعد تنعكس على سلوكاته اليومية.

إن الفتيات تتعلمن تقنيات الرضاعة الطبيعية و كيفية التعامل مع أطفالهن، كما أن الأم التي تعيش في جو عائلي لها فرصة أكبر للملاحظة و التعلم و كسب الخبرة، خاصة إن كانت تنتمي إلى أسرة كبيرة الحجم، فالوسط الذي ينشأ فيه الفرد يؤثر في سلوكاته و ممارسته. إن الطفلة تكبر معتقدة تماما أن الطريقة الطبيعية هي أفضل أسلوب للتغذية، و بالتالي تكبر الطفلة و هي على اقتناع تام باتجاه إيجابي نحو الرضاعـة الطبيعيـة[1]. و هذا ما يترك فيها بعض السلوكات و الممارسات الإيجابية التي تغـرس فيها العادات الصحيـة كتغذيـة الأطفال تغذيـة سليمـة و المحافظة على النظافة إلى غير ذلك.

[1] Mohamed DEKKICHE. Contribution à l'étude de prévalence de l'allaitement, Thèse de Doctorat, op. cit., p. 15.

القسم الثاني

نتائج البحث الميداني و مناقشاتها

الفصل الأول

اتجاهات الأمهات اتجاه الرضاعة الاصطناعية و مستواهن الاجتماعي

المبحث الأول : مميزات العينة

قبل الشروع في تحليل الجداول التي سنعرضها بالتفصيل في الصفحات التالية سوف نتطرق إلى مميزات العينة لإعطاء صورة واضحة عن خصائص الأمهات اللائي تم استجوابهن أثناء البحث الميداني حول معارفهن حول الرضاعة الطبيعية و اتجاهاتهن إزاء الرضاعـة الاصطناعيـة و ممارستهن لأنواع الرضاعة حسب بعض المتغيرات الاجتماعية ، الاقتصادية و الديمغرافية.

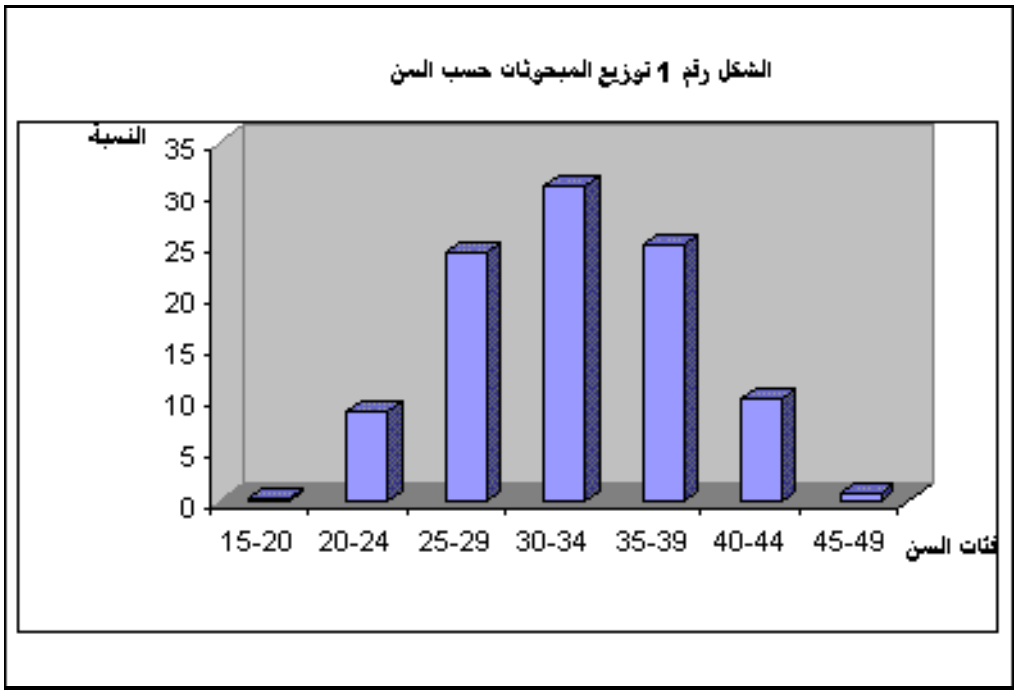
1- توزيع الأمهات حسب فئات السن :

يفيد التركيب العمري للسكان في تحديد هوية المجتمع و سماته الشخصية، و هو يوفر بالنسبة للإناث بيانات لحالة المرأة و أوضاعها الاقتصادية و الاجتماعية. ويمكن دراسة من خلاله بالإضافة إلى الحالة التعليمية، الحالة المهنية و الصحية للمرأة و كذا الموضوعات المتعلقة بالحمل و الولادة، الرضاعة و التغذية... في مختلف سنوات الإنجاب.

الجدول رقم 01 : توزيع الأمهات حسب فئات السن

فئات السن	التكـــرار	النسبة
19-15	1	0,3
24-20	26	8,7
29-25	73	24,3
34-30	93	31
39-35	75	25
44-40	30	10
49-45	2	0,7
المجموع	300	100

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 01 أن أغلبية المبحوثات يتراوح سنهن بين 30 و 34 سنة بنسبة 31 % ،تليها على التوالي نسبة 25 %. و 24,3 % من الأمهات اللواتي ينتمين إلى الفئات العمرية 35-39 سنة و 25-29 سنة ، ويتقلص عدد المبحوثات في الفئات العمرية الصغيـرة و الكبيرة ، حيث بلغ أدناه نسبة 0,3 % بالنسبة للفئة العمرية ما بين 15-19 سنة و 0,7 % بالنسبة للفئة العمرية 45-49 سنة ، كما هو مبين في الشكل رقم(1)[1].



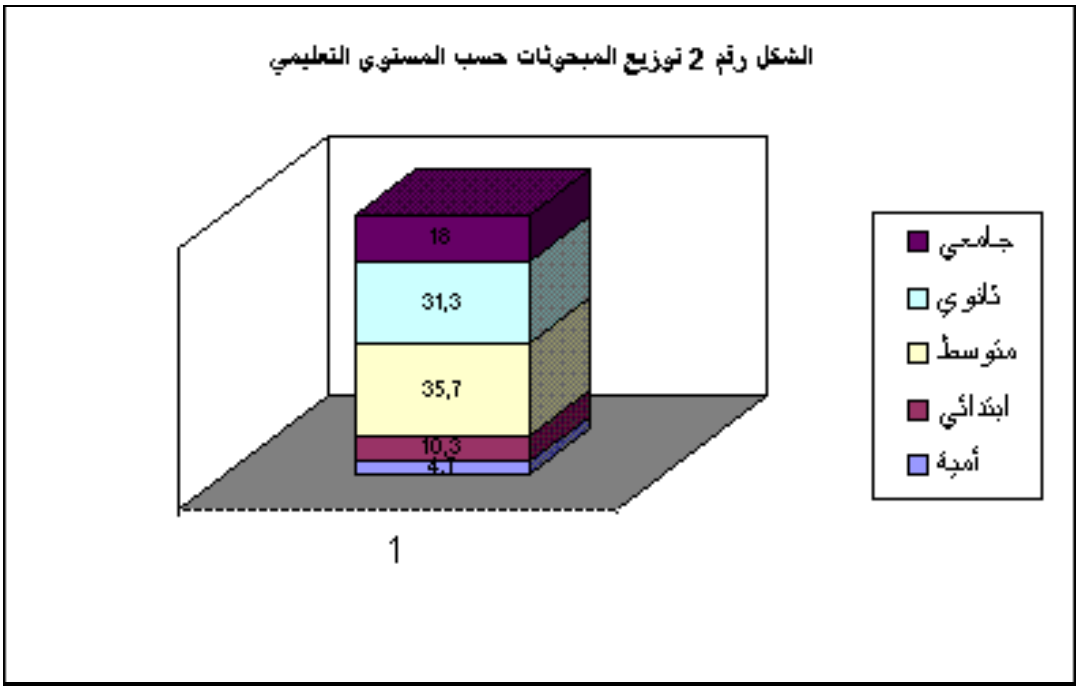
و يمكن تفسير انخفاض التكرارات في الفئات العمرية الأولى الأقل من 25 سنة و ارتفاعه بعد هذا العمر إلى تأخر سن الزواج ، حيث بلغ متوسط العمر عند أول زواج من خلال نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 بـ 29,6 سنة و للإشارة يقدر متوسط عمر المبحوثات في عينتنا بـ 32 سنة و بانحراف معياري يساوي إلى 5,77.

[1] المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 ، التقرير الرئيسي ، مرجع سابق، ص21.

2- توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي :

الجدول رقم 02 : توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي

المستوى التعليمي	التكـــرار	النســـبة
أمية	14	4,7
ابتدائي	31	10,3
متوسط	107	35,7
ثانوي	94	31,3
جامعي	54	18
المجموع	**300**	**100**



يكتسب حاليا التعليم في الجزائر أهميـة كبيـرة و يدخل في صميم التحـويلات الاجتماعيـة و الاقتصادية للبلاد ، أما بالنسبة للإناث ، فإن التحاقهن فيه و بمراحله المختلفة قد حقق تقدما ملموسا.

- بلغت نسبة الأمية للسكان البالغين 10 سنوات و أكثر عند الإناث في فترة 1980-1995 بـ 58,7 %[1].

- بلغت نسبة الأمية للسكان البالغين 15 سنة وأكثر عند الإناث في سنة 1999 بـ 44,3 % عند الإناث[2].

- بلغت نسبة الأمية للسكان البالغين 10 سنوات و أكثر عند الإناث من خلال المسح الجزائري حول الأسرة لسنة 2002 بـ 35 %[3].

أما من خلال نتائج البحث، فحسب الجدول رقم 02 و الشكل رقم 02 فإن الأغلبية من الأمهات لديهن مستوى متوسط بنسبة 35,7 % و 31,3 % لديهن مستوى ثانوي و 18 % لديهن مستوى جامعي و فقط 4,7 % من اللائي لم يتحصلن على أي قسط من التعليم .

3- توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية :

إن خروج المرأة إلى العمل يؤثر على الوضع التغذوي للطفل من عدة جهات ، حيث يمكن المرأة من إنتاج الصحة داخل الأسرة و يكون أكثر جدوى بإدماج مدخلات جديدة قد تؤثر مباشرة على صحة الطفل.

[1] الطفل العربي : التقرير الإحصائي السنوي 2001 ، مرجع سابق ، ص 114.

[2] واقع الطفل العربي، التقرير الإحصائي السنوي ، 2002 ، مرجع سابق ، ص 73.

[3] المسح الجزائري حول صحة الأسرة - 2002- مرجع سابق، ص 21.

الجدول رقم 03 : توزيع الأمهات حسب حالتهن المهنية

الحالة المهنية	التكـــرار	النســـبة
تعمل	84	28
لا تعمل	216	72
وعالمجم	300	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم 03، أنه من بين 300 أما، هناك 84 أما تعمل أي بنسبة 28 % و البقية تمثل الأغلبية بدون عمل و ذلك بنسبة 72 %.

4- توزيع الأمهات حسب السن عند الزواج :

الجدول رقم 04 : توزيع الأمهات حسب السن عند الزواج

السن عند الزواج	التكـــرار	النســـبة
15-19	35	11,7
20-24	100	33,3
25-29	116	38,7
30-34	38	12,7
35-39	10	3,3
40-44	1	0,3
المجموع	300	100

يتضح لنا من معطيات الجدول رقم 04 أن أغلبية الأمهات تزوجن و عمرهن يتراوح ما بين 25 و 29 سنة 38,7 %، مما يدل على ارتفاع السن عند الزواج، تليها نسبة 33,3 % من النساء اللاتي تزوجن و عمرهن يتراوح ما بين 20 و24 سنة و 11,7 % من الأمهات تزوجن و عمرهن يتراوح مابين 15 و 19 سنة.

أما بالنسبة للفئات العمرية الأخرى، فنلاحظ أنه كلما تقدمت المرأة في السن كلما انخفضت النسبة عند الزواج، حيث من خلال نفس الجدول نلاحظ أيضا أن أصغر تكرار تقابله فئة 40-44 سنة بنسبة 0,3 %.

كما قدر المتوسط الحسابي لسن الأمهات عند الزواج في عينتنا بحوالي 25 سنة وبانحراف معياري يساوي إلى 4,89.

5- توزيع الأمهات حسب عدد الأطفال :

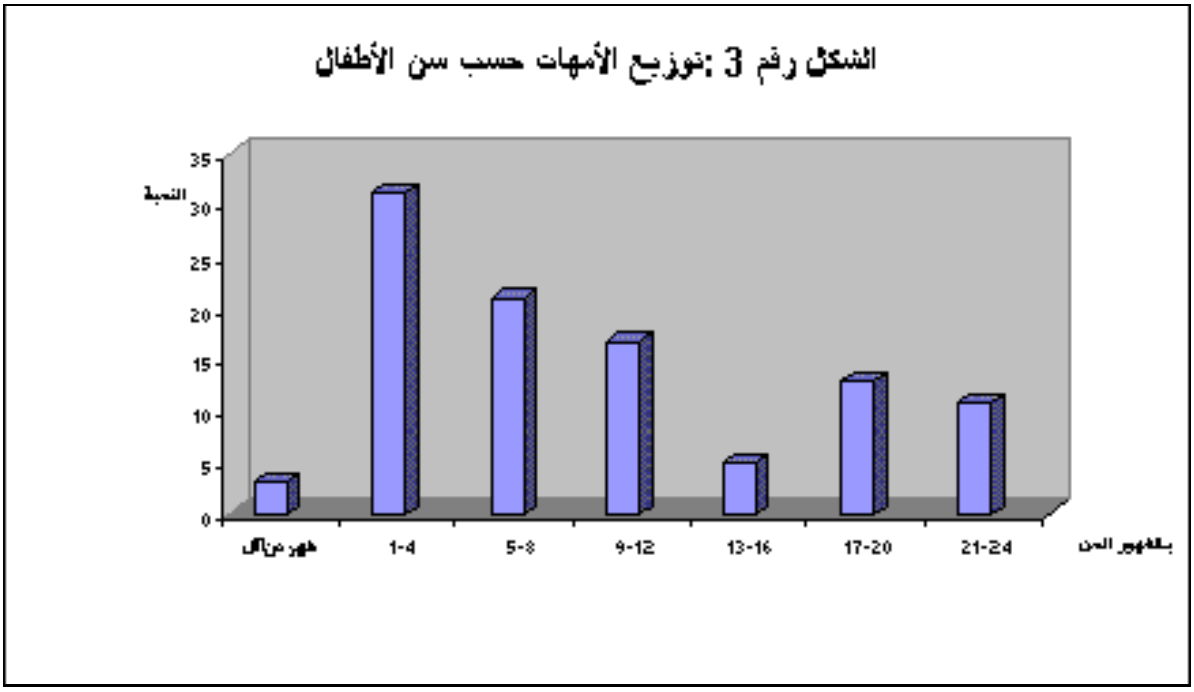
الجدول رقم 05 : توزيع الأمهات حسب عدد الأطفال

عدد الأطفال	التكرار	النسبة
1	92	30,70
2	80	26,70
3	62	20,70
4	43	14,30
+5	23	7,60
المجموع	**300**	**100**

يتضح من الجدول رقم 05 أن أغلبية الأمهات لديهن طفل واحد بنسبة 30,7 % و 24,7 % لديهن طفلين، تليها نسبة 20,7 % من اللواتي لديهن 3 أطفال و 14,3 % لديهن 4 أطفال، أما البقية فتمثلها النساء اللائي لهن أكثر من 5 أطفال بنسبة 7,7 %.

6- توزيع الأمهات حسب سن الأطفال :

بالنسبة لسن الأطفال، يتضح لنا أن الأغلبية الساحقة من الأمهات لديهن أطفال يتراوح أعمارهم ما بين 1 و 4 أشهر بنسبة 31 %، تليها 21 % من اللاتي لديهن أطفال يتراوح أعمارهم ما بين 5 و 8 أشهر و16,7 % من اللواتي لديهن أطفال ما بين 9 و 12 أشهر.



7- توزيع الأزواج حسب مستواهن التعليمي :

الجدول رقم 06 : توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي للزوج

المستوى التعليمي للزوج	التكـــرار	النســـبة
أمي	3	1,00
ابتدائي	48	16,00
متوسط	107	35,70
ثانوي	94	30,30
جامعي	51	17,00
المجموع	300	100

يوضح الجدول رقم 06 أن معظم النساء لديهم أزواج ذو مستوى متوسط بنسبة 35,7 %، تليها نسبة 30,3 % من الذين لديهم مستوى ثانوي و 17 % من الذيـن لديهـم مستـوى جامعي، و للإشارة قدرت نسبة الأمية بـ 1 % فقط.

فيما يخص توزيع الأزواج حسب وضعيتهم في المهنة ، فقد أبرزت نتائج البحث أن الأغلبية من الأزواج يشتغلون بصفة أجير دائم بنسبة 81,7 % و 12,7 % يشتغلون بصفة مستقل .

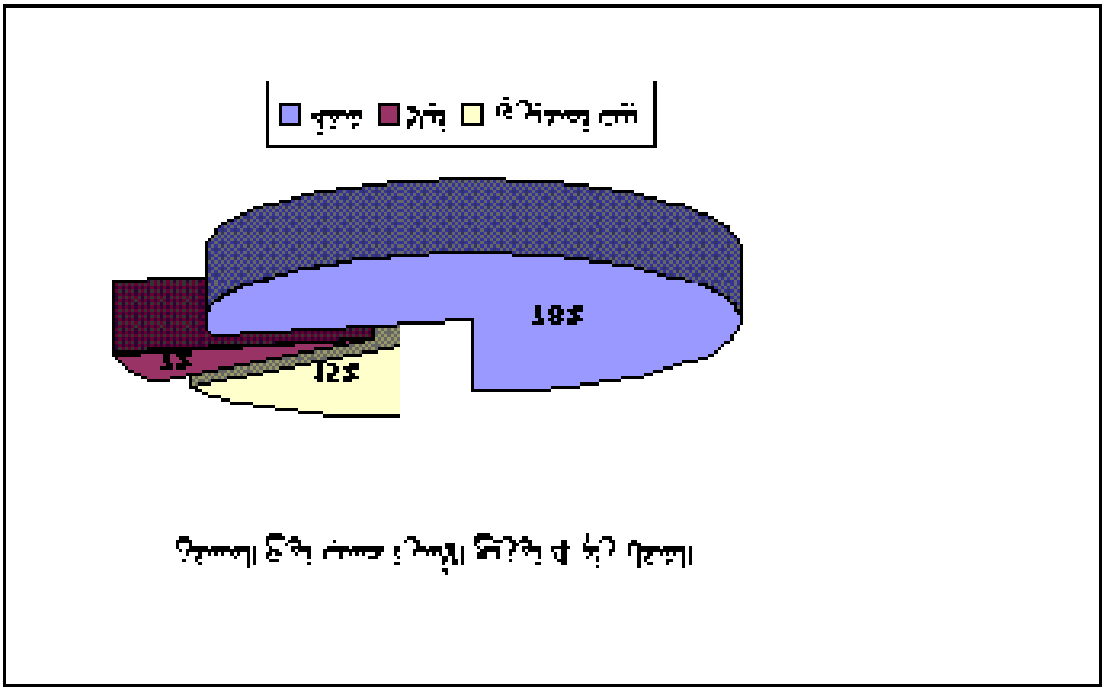
8- توزيع الأمهات حسب نوع المسكن :

الجدول رقم 07 : توزيع الأمهات حسب نوع المسكن

نوع المسكن	التكـــرار	النســـبة
بيت قصديري	44	14,70
شقة	235	78,30
فيـــلا	21	7,00
المجموع	300	100

نلاحظ من معطيات الجدول رقم 07 أن معظم الأسر تسكن في شقة بنسبة 78,3 %، أما نسبة الأسر التي تعيش في مساكن فردية أو فيلات فتقدر بـ 7 % و بالمقابل نجد بقية الأسر إلي تعيش في البيوت القصديرية تبلغ 14,7 %، كما هو موضح في الشكل 4.

يقدر متوسط عدد الأشخاص في المسكن بـ 6 أشخاص.



9- توزيع الأمهات حسب نوعية الأسرة :

الجدول رقم 08 : توزيع الأمهات حسب نوع الأسرة

نوعية الأسرة	التكـــرار	النســـبة
الأسرة الممتدة	154	51,30
الأسرة النووية	146	48,70
المجموع	**300**	**100**

بعد تفريغ البيانات و من خلال السؤال المتعلق بنوع الأسرة التي تنتمي إليها الأمهات، اتضح لنا أن الأغلبية من الأمهات تعيش في أسرة ممتدة بنسبة 51,3 % و بالمقابل نجد 48,7 % من الأمهات اللائي يعشن في أسرة نووية.

10- توزيع العينة حسب الدخل الأسري :

الجدول رقم 09 : توزيع العينة حسب دخل الأسرة

الدخل	التكرار	النســـبة
بدون دخل	**16**	**5,30**
مابين 8.000 - 12.000	**83**	**27,70**
12.001- 15.000	**81**	**27,00**
أكثر من 15.000	**120**	**40,00**
المجموع	**300**	**100**

يتضح من خلال الجدول رقم 09 أن معظم الأسر هي التي دخلـها أكثـ ـر من 15000 د.ج. و هذا راجع إلى عمل المـرأة، حيث أن التحاق بالعمـل يساعـد في تخفيـف عبء الإعالـة و مواجهة عبء الفقر عند الكثير من الأسر، فالمرأة اليوم أصبحت شريك في ميزانية الأسرة، و قد بلغت نسبة المرأة العاملة في بحثنا بـ 28 %. أما النسب المتمثلة في 28 % و 27 %

فهي من نصيب الأسر التي يتراوح دخلها ما بين 80000-12000 د.ج. و 12001-15000 د.ج.، كما يتبين أيضا من خلال نتائج البحث أن هناك أسر تعيش بدون دخل بنسبة 5,3 %.

المبحث الثاني : اتجاهات الأمهات حول الفطام تحت تأثير بعض المتغيرات الاجتماعية

نقصد بالاتجاه الذي تطرقنا إليه من خلال بحثنا على أنه الميل المكتسب الذي ينحو بالسلوك أو الاستعداد الذي يظهر في سلوك الأمهات عند إقبالها على تغذية أطفالهن ، كما و لقد عرف جوردن ألبورت الاتجاه كما يلي : " هي حالة استعداد عقلي و عصبي ، تؤثر بصورة موجهة ديناميكية على استجابة الفرد لكل الموضوعات و المواقف بهذا الاستعداد "[1].

قبل الشروع في تحليل الجداول نود بالتذكير حول ما نقوم به من خلال تحليل الفرضية الأولى و التي مفادها أن الأساليب التي قد تستخدمها الأمهات في ممارستها للرضاعة الاصطناعية تختلف باختلاف المستوى الاجتماعي لديهن و بالتالي الاتجاه الذي نحن بصدد التعرف عليه هو الميل المكتسب الذي يظهر في سلوك الأمهات عند تغذية أطفالهن بالحليب الاصطناعي أو عن طريق الرضاعة المختلطة أي حليب الأم و الحليب الاصطناعي. و من خلال كل هذا سوف نتعرف على سلوك الأمهات إزاء الرضاعة الاصطناعية أي نود معرفة كيف كان اتجاه الأمهات في فطام أطفالهن ، هل اتجهت الأم إلى الطبيب من خلال استشارته في نوع الحليب المناسب للرضيع أو الطفل ، هل تقوم الأم بتعقيم الرضاعات، نوع الرضاعات المستعملة، نوع المياه المستعملة ... و أول سؤال طرح في هذا المجال : كيف كانت عملية الفطام ؟

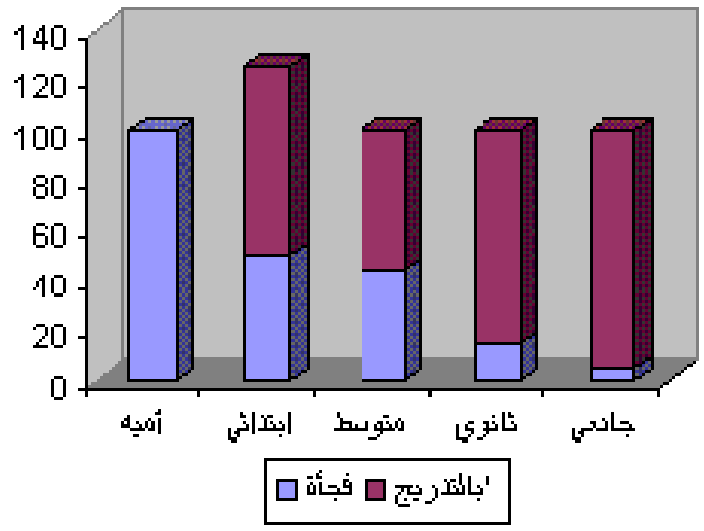
الجدول رقم 10 : اتجاهات الأمهات حول الفطام و مستواهن التعليمي

الفطام / المستوى التعليمي	فجأة		بالتدريج		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	2	100,00	-	-	2	100
ابتدائي	1	25,00	3	75,00	4	100
متوسط	7	43,80	9	56,30	16	100
ثانوي	3	14,30	18	85,70	21	100
جامعي	1	4,30	22	95,70	23	100
المجموع	14	21,20	52	78,80	66*	100
*مجموع الأمهات اللواتي أفطمن أطفالهن						

[1] إسماعيل محمد عماد الدين، منصور رشدي و إبراهيم نجيب اسكندر، كيف نربي أطفالنا. التنشئة الاجتماعية للطفل في الأسرة العربية، دار النهضة العربية، 1974، ص 431 .

يتجلى لنا من خلال الجدول أن الاتجاه العام يتجه نحو إقبال الأمهات على الفطام بطريقة تدريجية بنسبة 78,8 % مقابل 21,2 % من اللاتي يفطمن أطفالهن بطريقة فجائية ، كما نلاحظ أن أساليب الفطام تختلف حسب المستوى التعليمي للأم حيث يتبين من الجدول أن نسبة الفطام الفجائي تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم إلى أن تصل إلى 4,3 % بين الأمهات الحاصلات على المستوى الجامعي، كما تصل أقصى نسبة للفطام بطريقة تدريجية إلى 95,7 % عند الأمهات ذوات المستوى الجامعي مقارنة بالأمهات الأقل تعليما مما يدل على أن معظم الأمهات أقبلن على فطام أطفالهن بطريقة صحية و هي بالتدريج لكن هذا يقودنا إلى معرفة سن الطفل عند الفطام .

الشكل رقم 5 : توزيع الأمهات حسب طريقة الفطام و مستواهن التعليمي



الجدول رقم 11 : اتجاهات الأمهات حول الفطام و عمر الطفل

الفطام / عمر الطفل	فجأة		بالتدريج		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
4-1	2	33,30	4	66,70	6	100
8-5	5	41,70	7	58,30	12	100
12-9	2	20,00	8	80,00	10	100
16-13	-	-	6	100,00	6	100
20-17	2	12,50	14	87,50	16	100
23-21	3	18,80	13	81,30	16	100
المجموع	14	21,20	52	78,80	66*	100

تشير نتائج الجدول رقم 11 إلى أن أغلبية الأمهات قد فطمن أطفالهن ما بين 17 و 20 شهر بنسبة 87,5 % بطريقة تدريجية مقابل 12.5% بطريقة فجائية و نشير إلى أن "بلوغ سن الفطام " يعد سبب اختياري و تقديري و يرتبط بعمر الطفل و الدليل على ذلك نجد أن هناك 33,3% من الأمهات اللواتي أوقفن الرضاعة من الثدي في سن مبكرة جدا لأسباب مختلفة وبطريقة فجائية و هذا خلال الأربع الشهور الأولى من عمر الطفل و 66,7 % كانت بطريقة تدريجية، أما فيما يخص نسبة الأطفال الذين فطموا بعد اكتمال سنة من العمر بلغت 20 % بطريقة فجائية و 80 % بطريقة تدريجية .

لكن ما هي الأسباب التي منعت الأم من إتمام الرضاعة الطبيعية و أدت بها إلى فطام طفلـها و هو في الشهور الأولى من الولادة ؟ سوف نقوم بالإجابة عن هذا السؤال في الجداول اللاحقة.

و نشير إلى أن الأسباب الرئيسية للفطام في الجزائر هو عدم كفاية حليب الأم، حيث بلغت النسبة في سنة 1992 بـ 42 % من خلال المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل و 51 %[1] من خلال المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002[1].

[1] المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، مرجع سابق، ص 135.

الجدول رقم 12 : اتجاهات الأمهات حول الفطام وحالتهن المهنية

الفطام / الحالة المهنية	فجأة		بالتدريج		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
تعملن	3	8,10	34	91,90	37	100
لا تعملن	11	37,90	18	62,10	29	100
المجموع	14	21,20	52	78,80	66	100

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك اختلافا كبيرا فيما يخص نسب الفطام بالنسبة للأمهات اللواتي تعملن واللائي لا تعملن، بحيث بلغت نسبة الأمهات العاملات و اللواتي فطمن أطفالهن بصفة تدريجية بـ 91,9 % مقابل 62,1 % بالنسبة للماكثات بالبيوت. كما يبدو أيضا ارتفاع نسبة الفطام الفجائي بالنسبة للماكثات بالبيوت و انخفاضها بالنسبة للعاملات مما يدل على أن الأم المتعلمة و العاملة هي أكثر اتجاها في فطام الطفل بطريقة صحيحة و هي بالتدريج و هذا ربما راجع إلى السلوك الصحي الذي تسلكه الأم العاملة نتيجة خروجها و لعلاقاتها و احتكاكها مع الأشخاص الذين يحيطون بها كاستشارة الطبيب نتيجة ترددها على المصالح الصحية مقارنة بالأم الماكثة بالبيت و يمكن تفسير أعلى نسبة للفطام بالتدريج عند الأمهات اللائي يعملن مقارنة باللائي لا تعملن بأن الرضيع في شهوره الأولى و الذي يرضع رضاعة طبيعية مطلقة، يقيد أمه و لا تكون لها فرصة للخروج بحرية و هذا بسبب الطلب المستمر للرضاعة و حتى إذا أعطيت للأم رخصة للخروج حسب قانون النظام الداخلي للمؤسسة أي قانون ساعات الإرضاع فهذا لا يكفي، لهذا تقوم الأم بفطام طفلها تدريجيا قبل عودتها إلى العمل في أغلب الأحيان.

[1] المسح الجزائري حول صحة الأسرة، مرجع سابق، ص 59.

المبحث الثالث : اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب حسب بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية

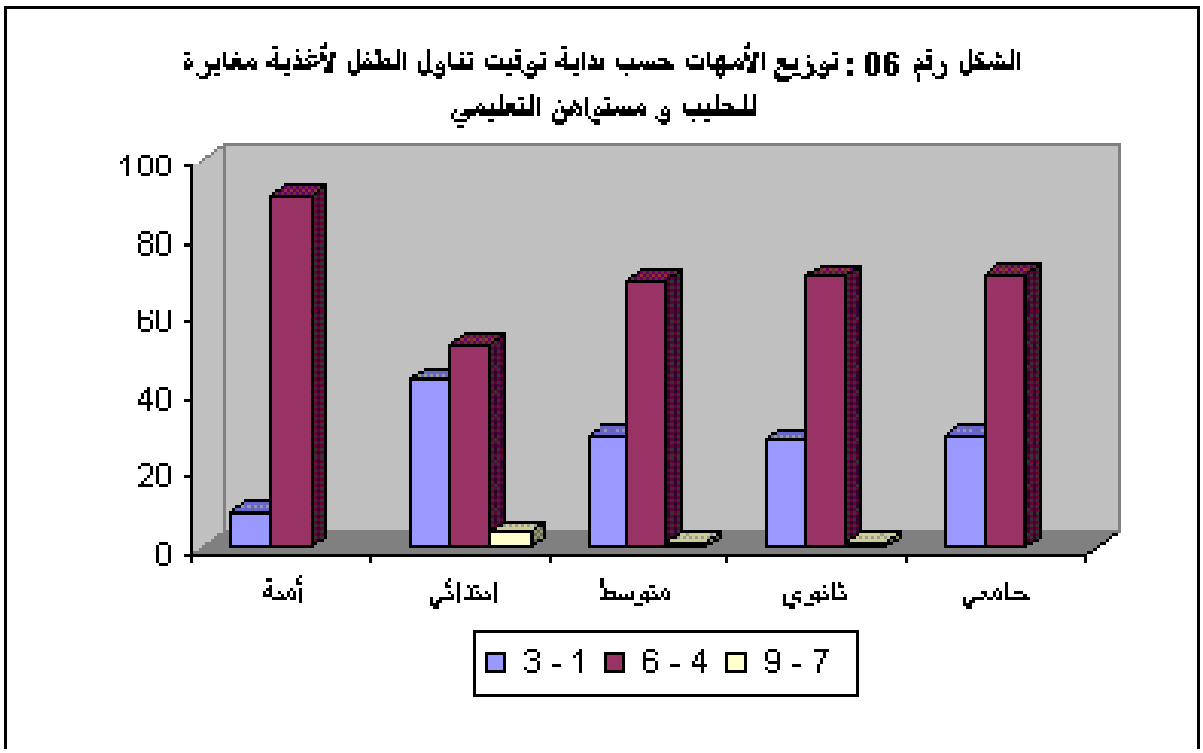
الجدول رقم 13 : اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت تناول الطفل للأغذية مغايـرة للحليب و مستواها التعليمي

توقيت الأغذية / المستوى التعليمي	1-3		4-6		7-9		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	1	9,10	10	90,90	-	-	11	100
ابتدائي	10	43,50	12	52,20	1	4,30	23	100
متوسط	21	29,20	50	69,40	1	1,40	72	100
ثانوي	20	28,20	50	70,40	1	1,40	71	100
جامعي	12	29,30	29	70,70	-	-	41	100
المجموع	64	29,40	151	69,30	3	1,40	218	100

تختلف عادات التغذية باختلاف العادات السائدة في كل المجتمع و طبقا لخصائص الاقتصادية و الاجتماعية للأم. إن حليب الأم غذاء كافي و كامل حيث يستجيب لجميع حاجيات الرضيع من الناحية الكمية و النوعيـة و كـل أم قادرة على إعطاءه مهما كانـت ظروفـها الاقتصاديـة و الاجتماعية ،كما تمثل عادات التغذية عاملا هاما في النظام الغذائي للطفل حيث يمكن أن يؤثر على توزيع الكميات اليومية من الغذاء و السعرات الضرورية ،ويظهر الجدول رقم 13 أن نسبة الأطفال الذين بدؤوا في تناول أغذية مغايرة للحليب و المستوى التعليمي للأم، و حسب النتائج المعروضة في الجدول، يتبين أن الأغلبية من الأطفال قد تلقوا الأطعمة مابين 4 و 6 أشهر بنسبة 69,3 % و 29,4 % مابين 1 و 3 أشهر ونسبة صغيرة جدا أي 1,4 % مابين 7 و 9 أشهر و تتمركز أعلى نسبة لدى الأمهات الأميات بـ 90,9 %، ثم تنخفض إلى 52,2 % عند الحاصلات على شهادة الابتدائية ثم ترتفع بعد ذلك كلما ارتفع المستوى التعليمي أما فيما يتعلق بالعمر ما بين 1 و 3 أشهر فتبدو النسب متذبذبة نوعا ما حيث أدنى نسبة نجدها لدى

الأمهات اللاتي لم تتلقين أي قسط من التعليم لترتفع إلى 43,5 % لدى الأمهات ذوات المستوى الابتدائي، ثم تنخفض من جديد و نشير إلى أن بقية النسب لا تختلف كثيرا.

وتجدر بنا الإشارة إلى أن بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب عند العمر 1 و 3 أشهر يعتبر مبكرا جدا و ليس من السلوكات الصحية و كما ذكرنا سالفا يرجع هذا إلى الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية للأم و كذلك إلى انتشار الوعي الصحي بالأسلوب الصحي فما يتعلق بالرضاعة و الفطام.



فيما يخص اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت الأغذية حسب حالتها المهنية، فيتبين أنه ليس هناك اختلافا كبيرا في نسب العاملات و الغير العاملات و هذا بالنسبة للأطفال الذين ينتمون إلى فئة العمر 4 و 6 أشهر حيث بلغت النسبة 67,2 % مقابل 70,2 %، أما بالنسبة للأطفال الذين ينتمون إلى فئة 1 و 3 أشهر فقد بلغت 31,3 % عند أطفال الأمهات العاملات مقابـل 28 % عند الأطفال الأمهات الماكثات بالبيوت.

الجدول رقم 14 : اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت تناول الطفل للأغذية مغايرة للحليب وسنهن

عمر الطفل / سن الأم	3-1		6-4		9-7		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	-	-	1	100	-	-	1	100
24-20	5	26,30	14	73,70	-	-	19	100
29-25	14	29,20	33	68,80	1	2,1	48	100
34-30	18	29,00	43	69,40	1	1,6	62	100
39-35	24	38,70	37	59,70	1	1,6	62	100
44-40	3	12,50	21	87,50	-	-	24	100
49-45	-	-	2	100	-	-	2	100
المجموع	64	29,40	151	69,30	3	1,40	218	100

يظهر لنا الجدول رقم 14 بأن أعلى نسبة بداية تناول الأطعمة تتمركز عند الأمهات الكبيرات في السن أي اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين 40-44 سنة بنسبة 87,5 % تليها نسبة 73,7 % بين أطفال الأمهات اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين 20-24 سنة ،ثم تنخفض النسبة تدريجيا بارتفاع سن الأم إلى أن تصل 59,7 % بين أطفال الأمهات اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين 35-39 سنة. فيما يتعلق بالعمر 1 و 3 أشهر، فنلاحظ أن النسبة تنخفض تدريجيا مع ارتفاع سن الأم إلى غاية 30-34 سنة ثم ترتفع لتصل إلى 38,7 % عند السن 40-44 سنة ثم تنخفض من جديد إلى 12,5 % عند السن 45-49 سنة و يمكن تفسير هذا بعدة أسباب من بينها الحالة المهنية للأم، عدم كفاية الحليب و رفض الطفل للثدي.

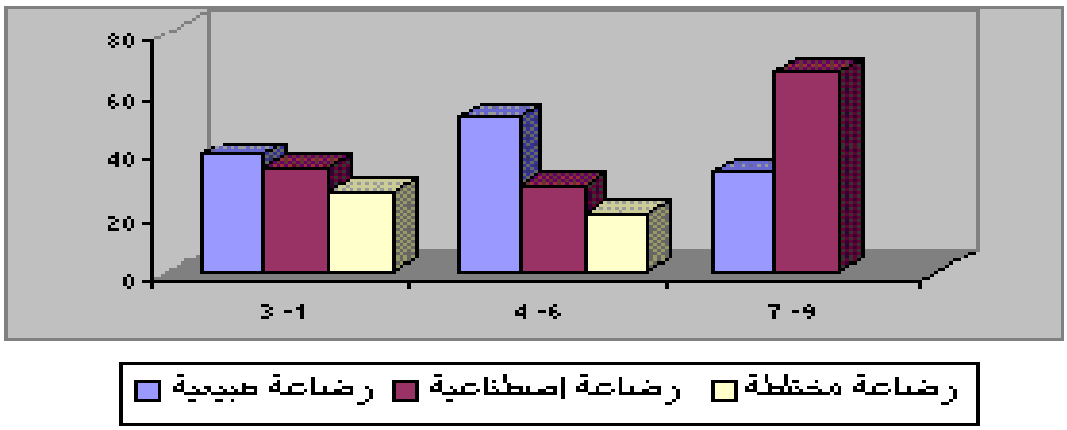
إن الطب الحديث ينادي بالرضاعة الطبيعية إلى غاية 6 أشهر و بعد هذا السن يجب على الأم إدخال الأغذية التكميلية مع الاستمرار في الإرضاع و سوف نرى في الجداول اللاحقة ما إذا كانت الأم الممارسة للرضاعة الطبيعية تبدأ في تعاطي الأغذية عند العمر أقل من 06 أشهر أو بعد 06 أشهر.

الجدول رقم 15 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و السن الطفل عند بداية تناوله لأغذية مغايرة للحليب

نوع الرضاعة / عمر الطفل	الرضاعة الطبيعية		الرضاعة الاصطناعية		الرضاعة المختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
3-1	25	39.10	22	34,40	17	26,60	64	100
6-4	78	51.70	43	28,50	30	19,90	151	100
9-7	1	33.30	2	66,70	-	-	3	100
المجموع	104	47.70	67	30,70	47	21,60	218	100

إن الاتجاه الذي تنادي به المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للطفولة " هو يجب أن تتمكن جميع الأمهات ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة، و أن يرضع جميع الأطفال بصورة خالصة منذ الولادة و حتى 4-6 أشهر و بعد هذا العمر يجب أن يستمر الطفل في الحصول على الرضاعة الطبيعية بجانب تغذيته بأغذية تكميلية مناسبة و ملائمة إلى أن يصل عمر سنتين أو إلى ما بعد هذا العمر إن أمكن ذلك "[1].

الشكل رقم 07 : نوع الرضاعة و سن الطفل عند بداية تناول الأغذية

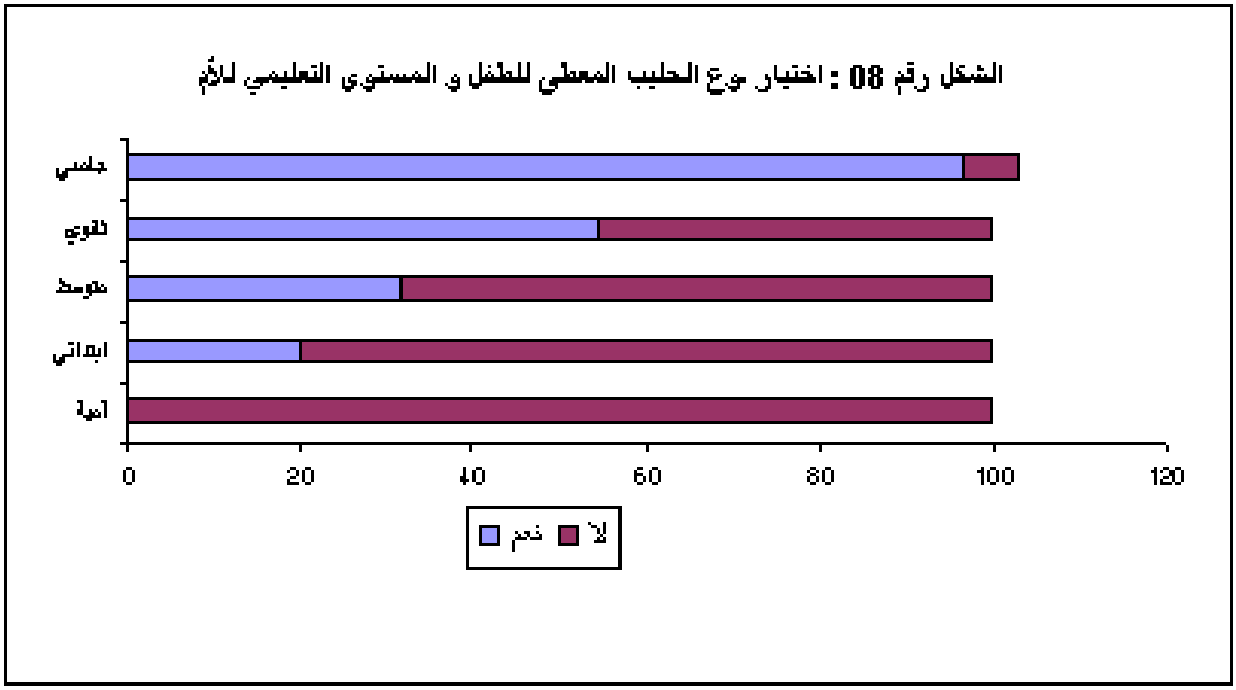


[1] UNICEF, OMS, UNESCO. Savoir pour sauver : le défi de la communication, Etats Unis, 1992, p 18.

- حسب معطيات الجدول رقم 15 و الشكل رقم 07، يتبين أن الأمهات اللائي يمارسن الرضاعة الطبيعية تبدأن في إعطاء الأغذية التكميلية مبكرا جدا حيث هناك 39 % من الأطفال الرضع الذين يتغذون على حليب الأم و يتناولون أغذية تكميلية و عمرهم لا يتعـدى 03 أشهر و 51,7 % من الذين لا يتعدى عمرهم 06 أشهر و هذا لا يتماشى مع الاتجاه الذي نادت به المنظمة العالمية للصحة و منظمة الأمم المتحدة للطفولـة بما أن حـليب الأم هو غـذاء كامل و كافي إلى غاية 06 أشهر من عمر الطفل(أنظر جدول تغذية الطفل و سن بدء التغذية المورود في الدفتر الصحي للطفل في الملحق رقم 03). أما فيما يخص نسبة الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الاصطناعية و المختلطة ، فقد بدؤوا في تناول الأغذية التكميلية ما بين العمر1-3 أشهر بنسبة 34,4 % و 26,6 % على التوالي مقابل 28,5 % و 19,9 % عند العمر04 إلى 06 أشهر.

المبحث الرابع : اتجاهات و ممارسات الأمهات للرضاعة الاصطناعية و المختلطة تحت تأثير بعض السلوكات المستعملة في تغذية الطفل

لقد طرح سؤال على الأمهات فما يتعلق بالحليب الاصطناعي المتناول من طرف الرضيع أو الطفل خلال الليلة الماضية ووجدنا أن هناك 92 % طفل يتغذى فقط على الحليب الاصطناعي بالإضافة إلى أغذية أخرى و البقية أي 40 طفل يتغذون على رضاعة مختلطة إلى جانب أطعمة أخرى و هذا في النهار أما في الليل فيتلقون فقط الرضاعة الطبيعية.



الجدول رقم 16 : اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى لأطفالهن و مستواهن التعليمي

نوع الحليب / المستوى التعليمي	حليب بودرة1		حليب الأطفال2		حليب الأكياس		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	-	-	-	-	2	100,00	2	100
ابتدائي	-	-	1	20,00	4	80,00	5	100
متوسط	5	26,30	6	31,60	8	42,10	19	100
ثانوي	11	31,40	13	37,10	11	31,40	35	100
جامعي	16	51,60	15	48,40	-	-	31	100
المجموع	32	34,80	35	38	25	27,20	92	100

1 LAHDA, GLORIA, NESPRAY, CANDIA, LOYA.

2 GUIGOZ, SANTE, BEBEFORT, NURTIE, CELIA.

حسب الشكل رقم 08 و بيانات الجدول رقم 16 يتبين أن هناك 38 % من الأطفال يتناولون حليب الأطفال **2** و 34,8 % يتناولون حليب بودرة **1** و يلاحظ عموما أن النسب ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي للأم ،على عكس النسب المتعلقة بالحليب المبستر في أكياس بحيث يلاحظ أنها قد أخذت شكلا تراكميا طبقا للمستوى التعليمي للأم ، حيث سجلت النسبة 42,1 % من الأطفال الذين يتناولون حليب مبستر في أكياس بين الأمهات الحاصلات على مستوى متوسط ثم تنخفض بعد ذلك إلى أن تصل إلى 31,4 % بين الأمهات الحاصلات على مستوى ثانوي، لكن هذا يقودنا إلى طرح سؤال ألا و هو : ما هو سن الطفل عند تناوله الحليب الاصطناعي ؟

الجدول رقم 17 : اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى لأطفالهن وسن الطفل عند بداية تناول الأغذية

نوع الحليب / عمر الطفل	حليب بودرة1		حليب الأطفال2		حليب الأكياس		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
3-1	10	32.30	13	41,90	8	25,80	31	100
6-4	21	35.60	22	37,30	16	27,10	59	100
9-7	1	50.00	-	-	1	50,00	2	100
المجموع	32	34.80	35	38	25	27,20	90	100

1 LAHDA, GLORIA, NESPRAY, CANDIA, LOYA

2 GUIGOZ, SANTE, BEBEFORT, NURTIE, CELIA

يوجد نوعان من الحليب الاصطناعي المخصص للأطفال ،و هذا بغض النظر على اسم الحليب، يعطى النوع الأول ابتداء من الولادة إلى غاية 06 أشهر من عمر الطفل، و يعطى النوع الثاني ابتداء من نهاية الشهر السادس إلى غاية سنة من العمر و هذا لأسباب تمنع الأم من الإرضاع الطبيعي (انظر تعريف حليب العمر الأول و حليب العمر الثاني في الصفحة ؟ يبدو من خلال الجدول أن هناك 38 % من الأطفال الذين يتغذون على حليب الأطفال و تقريبا 35 % من الذين يتغذون على حليب بودرة لكن ما نلاحظه هو أن أكثر من ربع الأطفال أي 27,2 % يتناولون على حليب مبستر في أكياس و عند إدخال متغير السن نجد أن هناك 25,8 % من هؤلاء الأطفال لا يتجاوز أعمارهم 03 أشهر وهم يتناولون إضافـة إلى الحليب أغذية أخرى و27 % من الذين لا يتجاوز أعمارهم 06 أشهر. أما نسب المتعلقة بالأطفال الذين يتناولون حليب بودرة و هو غير منصوح به كذلك لأنه مخصص للكبار والصغار عند البلوغ السنة من العمر و هذا تماشيا مع متطلبات الطفل التغذوية مقارنة بالحليب الاصطناعي المخصص للأطفال فقط .

و يبقى السؤال و مطروح و هو : ما هي العوامل التي تتدخل في اختيار نوع الحليب المقدم للطفل ؟ في البداية قمنا بتصميم الجدول الذي يوضح تأثير دخل الأسرة على نوع الحليب الاصطناعي المقدم للطفل.

الجدول رقم 18 : اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى و مستوى دخل الأسرة

نوع الحليب / دخل الأسرة	حليب بودرة1		حليب الأطفال2		حليب الأكياس		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
بدون دخل	1	12,50	1	12,50	6	75,00	8	100
ما بين 8.000 - 12.000	-	-	7	58,30	5	41,70	12	100
12.001 - 15.000	9	50,00	1	5,60	8	44,40	18	100
أكثر من 15.000	22	40,70	26	48,10	6	11,10	54	100
المجموع	32	34,80	35	38	25	27,20	92	100

1 LAHDA, GLORIA, NESPRAY, CANDIA, LOYA

2 GUIGOZ, SANTE, BEBEFORT, NURTIE, CELIA

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 18 أن هناك 40,7 % من الأطفال الذين يتغذون على حليب بودرة**1** و ينتمون إلى أسر ذات دخل يفوق 15000 د.ج. مقابل 48 % من الذين يتغذون على حليب الأطفال **2** و فقط 11 % يتغذون على حليب الأكياس. أما بالنسبة للأسر التي تعيش بدون دخل فهي تقبل على تغذية أطفالها بحليب الأكياس حيث نجد أعلى نسبة تتمركز عند هذه الفئة حيث بلغت 75 % في حين نجد نسبة الذين يتغذون على حليب بودرة**1** و حليب الأطفال**2** بلغت 12,5 %، مما يدل أن مستوى دخل الأسرة أثر على نوع الحليب المقدم للطفل و بالتالي فالأمهات اللواتي يقبلن على تغذية أطفالهن بحليب الأكياس الغير مخصص للأطفال يرجع إلى عدم توفر الإمكانيات المادية لشراء بدائل حليب الطبيعي و قد لاحظنا في الجدول رقم 17 أن هناك 26 % يتغذون على حليب الأكياس و ينتمون إلى فئة 1 و 3 أشهر و 27 % من الذين ينتمون إلى فئة 4 و 6 أشهر، على عكس الأسر المرتفعة الدخل ، فالأمهات تقبلن على

الإرضاع الاصطناعي لقدرتهن على اقتناء بديل الحليب الطبيعي و الحليب المخصص للأطفال و مستلزماته ، إضافة إلى كون نسبة لا بأس بها من الأمهات اللواتي تشتغلن ، فبالتالي فهي يشاركن في مصاريف البيت و التي من بينها شراء الأغذية المخصصة للطفل أو الرضيع ، لكن هل قامت الأم باستشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب المعطى للطفل ؟ و الجواب يظهر في الجدول رقم 19 .

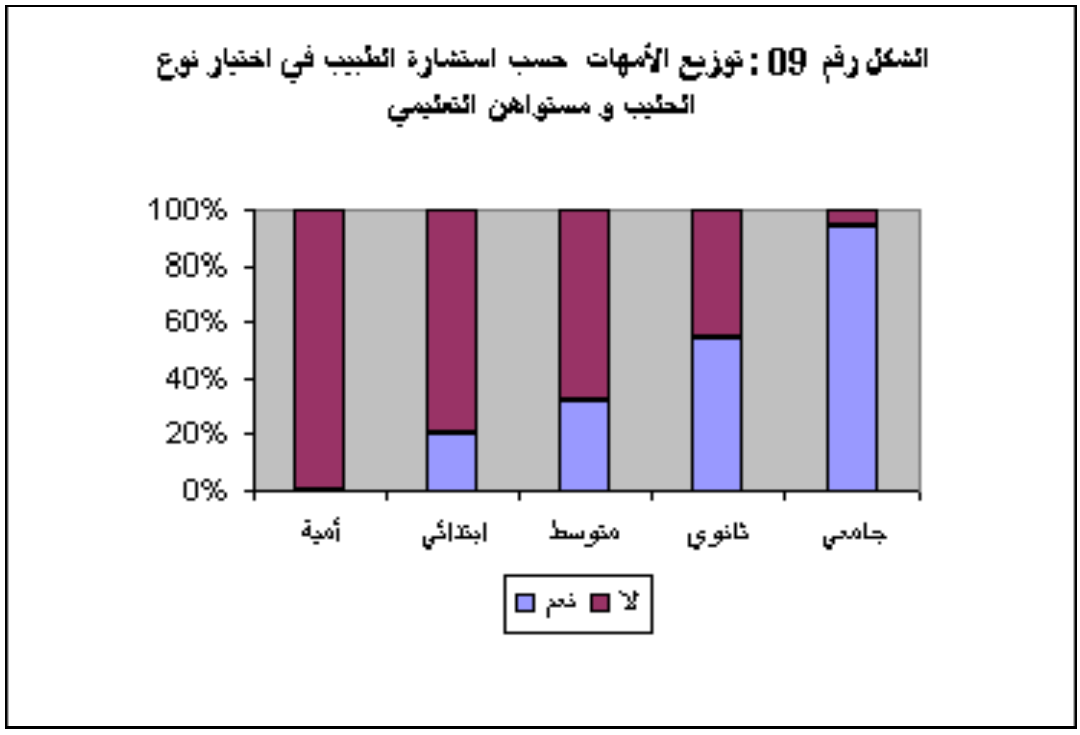
الجدول رقم 19 : اتجاهات الأمهات فيما يخص استشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب المعطى للطفل و مستواهن التعليمي

استشارة الطبيب / المستوى التعليمي	نعم		لا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	-	-	2	100	2	100
ابتدائي	1	20,00	4	80,00	5	100
متوسط	6	31,60	13	68,40	19	100
ثانوي	19	54,30	16	45,70	5	100
جامعي	29	96,70	2	6,50	31	100
المجموع	55	60,40	37	40,2	92	100

من خلال قراءتنا الأولية لهذا الجدول، يتضح لنا أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي قمن باستشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب المقدم لأطفالهن بنسبة 60,4 % مقابل 40,2 %من اللواتي لم يستشرن الطبيب في ذلك.

و نلاحظ اختلافات فيما يخص المستوى التعليمي للأم حيث تصل النسبة إلى 96,7 % بين الأمهات ذوات المستوى الجامعي كما تزداد نسبة الاستشارة الطبيب كلما ارتفع المستوى التعليمي مقارنة بالمستويات التعليمية الأخرى و يبدو هذا منطقي لأنه يدل على توعية الأمهات ذوات المستوى العالي من التعليم بأهمية الإقبال على تغذية أطفالهن بطريقة سليمة من حيث لجوءهن إلى الطبيب و استشارته بنوع الغذاء الملائم لأطفالهن، و من خلال استخدام الأساليب الصحية في تقديم الحليب الاصطناعي كاستعمال الرضاعة الزجاجية و تعقيم الزجاجات ....

أما فيما يتعلق بنسب الخاصة بالأمهات اللاتي لم يستشرن الطبيب في اختيار نوع الحليب، فنلاحظ عموما أن النسب تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم، حيث بلغت أقصاها عند أطفال الأمهات الأميات ثم تنخفض تدريجيا إلى أن تصل 6,5 % عند أطفال الأمهات ذوات المستوى الجامعي و يظهر ذلك في الشكل رقم 09.



مما يدل على أن الأمهات اللاتي لم يتحصلن على أي قسط من التعليم أو الأقل تعليما هن غير مثقفات صحيا و غير واعيات بقضايا صحة الطفل و تغذيته بطريقة سليمة، و هذا ربما راجع إلى عدة أسباب، لكون مثلا أن هؤلاء الأمهات ليس لهن أي احتكاك أو اتصال بالخارج و لا يترددن عل المراكز الصحية كثيرا على عكس النساء المتعلمات و المشتغلات و ربما هذا راجع أيضا إلى غياب التربية الصحية على مستوى الأسرة، و بالتالي فالمرأة الماكثة بالبيت و الغير متعلمة هي أقل جرأة على التفكير في اللجوء إلى الأساليب الصحية و أقل إقبالا عليها.

فيما يخص الحالة المهنية، فنجد أن الأغلبية من الأمهات العاملات هن اللواتي يقبلن على استشارة الطبيب في تقديم نوع الحليب الاصطناعي بنسبة 78,4 % مقابل 21,6 % بالنسبة

للواتي لم يستشرن الطبيب و 36,6 % بالنسبة للائي لا تشتغلن و استشرن الطبيب مقابل 63,4 % من اللواتي لم يستشرن الطبيب.

الجدول رقم 20 : اتجاهات الأمهات فيما يخص استشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب المعطى للطفل و دخل الأسرة

استشارة الطبيب / دخل الأسرة	نعم		لا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
بدون دخل	1	12,50	7	87,50	8	100
مابين 8.000 - 12.000	4	33,30	8	66,70	12	100
12.001 - 15.000	7	38,90	11	61,10	18	100
أكثر من 15.000	43	79,60	11	20,40	54	100
المجموع	55	60,40	37	40,2	92	100

كما أعطت نتائج التحقيق أيضا أن الأمهات اللاتي لم تستشرن الطبيب في اختيار نوع الحليب لأطفالهن هن اللاتي تنتمين إلى أسر بدون دخل بنسبة 87,5 % مقابل 12,5 % فقط من اللاتي استشرن الطبيب ، أما الأمهات اللائي استشرن الطبيب و دخل أسرتهن يفوق 15000 د.ج بلغت نسبتهن 79,6 % مقابل 20.4 % من اللواتي لم تقمن باستشارة الطبيب.

الجدول رقم 21 : اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات و مستواهن التعليمي

نوع الرضاعات / المستوى التعليمي	الزجاج		البلاستيك		الاثنين		الكأس		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	2	15,40	7	53,80	1	7,70	3	23,10	13	100
ابتدائي	8	30,80	8	30,80	5	19,20	5	19,20	26	100
متوسط	33	38,40	25	29,10	7	8,10	21	24,40	86	100
ثانوي	34	43,60	17	21,80	9	11,50	18	23,10	78	100
جامعي	31	66,00	5	10,60	6	12,80	5	10,60	47	100
المجموع	108	43,20	62	24,80	28	11,20	52	20,80	250*	100

***250 هو مجموع عدد الأطفال الذين يتغذون سواء على رضاعة اصطناعية أو مختلطة و حتى الطبيعية منها داخل الرضاعة.**

يبدو من خلال معطيات الجدول رقم 21، أن معظم الأمهات يستعملن الرضاعة الزجاجية في تغذية الطفل بنسبة 43,2 % و 24,8 % من البلاستيك و 11,2 % يستعملن تارة من الزجاج و تارة أخرى من البلاستيك و البقية أي 20,8 % لا يستعملن الرضاعة و إنما الكأس و هذا راجع لرفض الرضيع أو الطفل للرضاعة مهما كان نوعها.

تستلزم الرضاعة عدة إجراءات من بينها النظافة اللازمة في التغذية و تطبيق دقيق للقواعد الصحية في استعمال نوع الرضاعات التعقيم، استهلاك الماء الصالح للشرب ... فمن خلال النتائج نلاحظ أن نسبة استعمال الرضاعة الزجاجية ترتفع مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم، حيث تبلغ أقصى نسبة عند أطفال الأمهات ذوات المستوى الجامعي بنسبة 66 % مقارنة بالمستويات التعليمية الأخرى و هذا ربما راجع كما أشرنا إليه سابقا إلى أن المستوى التعليمي يلعب دورا كبيرا في اكتساب السلوكات السليمة و الأساليب الصحية في طريقة تغذية الطفل.

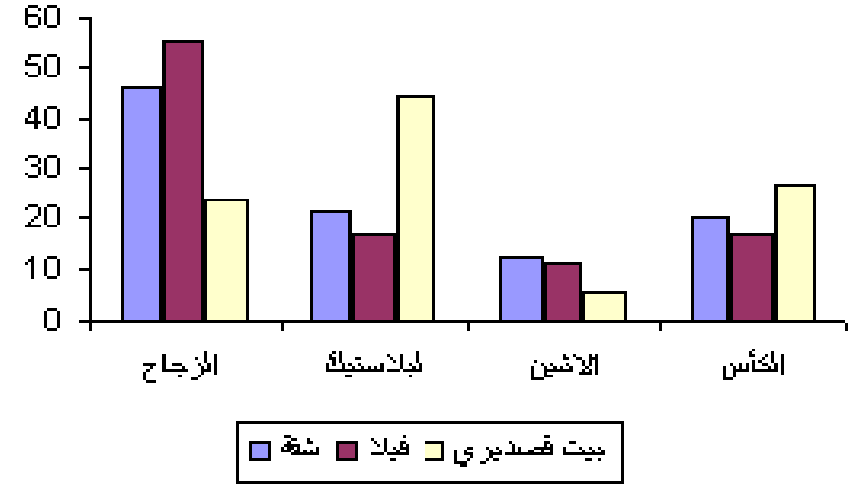
عند مقارنة النتائج ، نجد أن هناك اختلافا على مستوى النسب من حيث استعمال الرضاعات البلاستكية حيث نجد أن الأمهات الأقل تعليما يقبلن على تغذية أطفالهن بالرضاعة بلاستكية بنسبة 29 % مثلا عند الأمهات اللاتي لهن مستوى متوسط و تنخفض النسبة كلما ارتفع مستوى

تعليمها إلى أن يصل 22 % عند الأمهات ذات المستوى الثانوي و 10,6 % عند ذوات المستوى الجامعي.

الجدول رقم 22 : اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات ونوع المسكن

نوع الرضاعات / نوع المسكن	الزجاج		البلاستيك		الاثنين		الكأس		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
بيت قصديري	9	23.70	17	44.70	2	5,30	10	26,30	38	100
شقة	89	45.90	42	21.60	24	12,40	39	20,10	194	100
فيلا	10	55.60	3	16.70	2	11,10	3	16,70	18	100
المجموع	108	43.20	62	24.80	28	11,20	52	20,8	250	100

الشكل رقم 10 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعات المستعملة و نوع المسكن



لقد قمنا بربط العلاقة بين متغيرين ألا و هما نوع الرضاعة المستخدم في التغذية مع متغير نوع المسكن و لاحظنا أن الأمهات اللاتي يقمن في مسكن قصديري هن الأغلبية في الإقبال على

تغذية أطفالهن بالرضاعة بلاستكية بنسبة 44,7 % مقارنة بأنواع المساكن الأخرى. أما التغذية في الرضاعة الزجاجية، فنجد أن معظم الأمهات اللاتي تسكن في شقق أو فيلات يقبلن في استعمالها بنسبة 46 % و 55,6 % على التوالي لكن هل تقوم الأم بتعقيم الرضاعات ؟

الجدول رقم 23 : اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات و تعقيمها

نوع الرضاعات / التعقيم		الزجاج	البلاستيك	الاثنين	الكأس	المجموع
نعم	ت	106	33	22	-	161
	%	98,1	53,2	78,2	-	80,9
لا	ت	2	29	6	1	38
	%	1,9	46,8	21,4	100	19,1
المجموع	ت	108	62	28	1	199*
	%	100	100	100	100	100

***199 هو عدد الأطفال الذين يتغذون بالرضاعة الزجاجية أو البلاستيكية أو الاثنين معا.**

بغض النظر على نوع الرضاعات، قمنا بطرح السؤال التالي على الأمهات : هل تقومين بتعقيم الرضاعات ؟

من خلال الجدول رقم 23، يتبين أن هناك 80,9 % من الأمهات اللاتي تقومن بتعقيم الرضاعات مقابل 19 % فقط من اللاتي لا تقمن بتعقيمها . و نشير إلى أن هناك نسبة كبيرة من الأمهات اللائي تستعملن الرضاعات البلاستيكية و لا تقومن بتعقيمها (46,8 %) و هذا ربما راجع إلى عدم وعي الأمهات بالقضايا الصحية و إلى غياب التربية الصحية. فيما يخص اتجاهات الأمهات في استعمال نوع المياه في تحضير الحليب أو السوائل الأخرى فتظهر في الجدول 24.

الجدول رقم 24 : اتجاهات الأمهات في استعمال نوع المياه في تحضير الحليب حسب مستواهن التعليمي

نوع المياه / المستوى التعليمي	مياه معدنية		مياه الحنفية		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	-	-	10	100	10	100
ابتدائي	3	13.60	19	86,40	22	100
متوسط	3	4.60	62	95,40	65	100
ثانوي	5	8.30	53	91,70	60	100
جامعي	17	40.50	25	59,50	42	100
المجموع	28	14.10	171	85,90	199	100

إن الأغلبية الساحقة من الأمهات تستعملن مياه الحنفية في تحضير الحليب أو السوائل الأخرى كمياه الشرب أو عصير الفواكه أو محلول الأعشاب بنسبة 86 % مقابل 14 % من اللواتي تستعملن المياه المعدنية في تغذية أطفالهن.

يتجلى لنا من الجدول كذلك أن نسبة الأمهات المستعملات لمياه الحنفية تنخفض تدريجيا مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم لتصل إلى 59.5 % عند أطفال الأمهات ذوات المستوى الجامعي مقارنة بنسب الأمهات الأقل تعليما و نفس الشيء بالنسبة للأمهات اللاتي تستعملن مياه الحنفية حيث نلاحظ أن أكبر نسبة تتمركز عند الأمهات ذوات المستوى الجامعي (40,5 %) وربما يعود هذا الاختلاف إلى عدم وعي الأمهات أو إلى دخل المنخفض للأسرة حيث لا تستطيع الأسرة التي دخلها ما بين 8000 و 12000 د.ج أو حتى مابين 12001 و15000 د.ج شراء مستلزمات بدائل حليب الطبيعي بما في ذلك علب الحليب الاصطناعي، الرضاعات ، مياه معدنية ... و خاصة بالنسبة للأطفال الذين لا يتجاوز أعمارهم سنة واحدة و لا يتغذون على الحليب الطبيعي أي المصدر الرئيسي في تغذيتهم هو الحليب الاصطناعي فقط مع الإشارة إلى أن نسبة العاملات في عينتنا بلغت 28 % فهؤلاء النساء يسهمن في مصاريف البيت و بالتالي

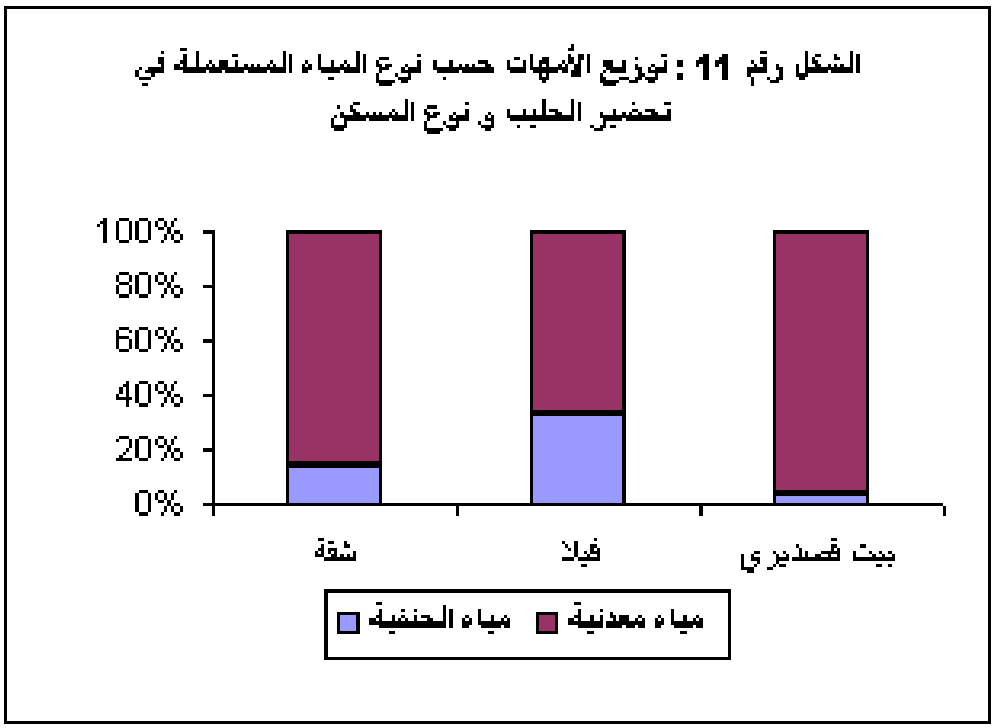
لهن أثر مباشر على تغذية الطفل بطريقة صحية أما فيما يتعلق باتجاهات الأمهات إزاء نوع المياه المستعملة في تحضير الحليب أو السوائل الأخرى و نوع المسكن تظهر في الجدول الموالي :

الجدول رقم 25 : اتجاهات الأمهات في استعمال نوع المياه في تحضير الحليب أو السوئل الأخرى حسب نوع المسكن

نوع المياه / نوع المسكن	مياه معدنية		مياه الحنفية		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
بيت قصديري	1	3,40	28	96,60	29	100
شقة	22	14,20	133	85,00	155	100
فيلا	5	33,30	10	66,70	15	100
المجموع	28	14,10	171	85,90	199	100

من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه يتبين من أول وهلة أن الأغلبية الساحقة من الأمهات اللواتي تسكن في بيوت قصديرية هن اللاتي يقبلن على استعمال مياه الحنفية في تغذية أطفالهن بنسبة 96,6 % تليها نسبة 85,5 % من اللاتي تقطن في شقق و 66,7 % من اللواتي تقطن في فيلات أما بالنسبة للأمهات اللاتي تستعملن المياه المعدنية في تغذية الطفل فهي منخفضة جدا لدى الأمهات اللاتي تسكن في بيوت قصديرية (3,4 %) و مرتفعة نوعا ما مقارنة باللواتي تسكن في شقق أو في فيلات حيث بلغت النسب 14 % و 33,3 %.

و منه فإن استخدام الأساليب الصحية المتمثلة في استخدام الرضاعات الزجاجية، استعمال المياه المعدنية ، اختيار نوع الحليب المناسب للرضيع له علاقة بتوفر الإمكانيات المادية لدى الأسر، و كذا مرتبط بالمستوى التعليمي للأم، أما فيما يخص استعمال المياه المعدنية فهناك من الأمهات اللاتي صرحن بأنهن غير قادرات على شراءها بحيث تقومن بتغلية الماء و يعتبر هذا من السلوكات الصحية أيضا.



تحليل الفرضية الأولى باستخدام معامل الارتباط لبيرسون•:

للتعرف على قوة الارتباط بين المتغير التابع و المتغيرات المستقلة قمنا باستخدام معامل الارتباط لبيرسون وذلك بربط المتغير التابع و الذي يعبر عنه بالفطام مع المتغيرات المستقلة التي استخدمت في مصفوفة معاملات الارتباط و هي: سن الأم، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، الدخل، نوع المسكن، نوع الحليب المستعمل و استشارة الطبيب و تظهر النتائج في الجدول التالي :

• Le coefficient de corrélation est défini par : $r = \frac{\sum (X \cdot Y)}{(\sum X^2)\ (\sum Y^2)}$

Une parfaite corrélation positive entre les deux variables correspond à un coefficient égal à un +1, une parfaite corrélation négative à un coefficient égal à un –1, tandis que qu'une absence de corrélation correspond à un coefficient égal à 0.

الجدول رقم 26 : مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة

المتغيرات	الفطام	نوع الحليب الاصطناعي	سن الأم	المستوى التعليمي	الحالة المهنية	الدخل	نوع المسكن	استشارة الطبيب
الفطام	1 66	-0,248 66	-0,105 66	0,458 66	-0,362 66	0,461 66	-0,355 66	-0,300 66
نوع الحليب الاصطناعي	-0,248 66	1 92	0,014 92	-0,468 92	0,276 92	0,123 92	0,329 92	0,532 92
سن الأم	-0,105 66	0,014 92	1 300	0,071 300	-0,138 300	0,031 300	0,077 300	-0,068 300
المستوى التعليمي	0,458 66	-0,468 92	0,071 300	1 300	-0,532 300	0,388 300	-0,231 300	-0,519 300
الحالة المهنية	-0,362 66	0,276 92	-0,138 300	-0,532 300	1 300	-0,469 300	0,077 300	0,424 300
الدخل	0,461 66	-0,123 92	0,031 300	0,388 300	-0,469 300	1 300	-0,009 300	-0,191 300
نوع المسكن	-0,355 66	0,329 92	0,077 300	-0,231 300	0,077 300	0,009 300	1 300	0,139 300
استشارة الطبيب	-0,300 66	0,532 92	-0,068 300	-0,519 300	0,424 300	-0,191 300	0,139 300	1 300

الخلاصة :

ما يمكن استخلاصه من خلال هذه النتائج هو أن سلوك الأمهات نحـو الفطام بنوعيـه الفجائي و التدريجي مرتبط بوعيهن بالقضايا الصحية ، حيث ترجع مسؤولية التثقيف الصحي للأم إلى مستواها التعليمي و كذا إلى المراكز الصحية التي من واجبها تثقيف الأمهات بكل ما يتعلق بتغذية الطفل و قد اتضح من خلال النتائج أن متغير التعليم يلعب دورا كبيرا في مدى تصريحات الأمهات لطريقة الفطام و إقبالها على ذلك حيث لاحظنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما أقبلت أكثر على الأسلوب الصحي للفطام ألا و هو الفطام التدريجي وكذا في الإقبال على تغذية الطفل بعد استشارة الطبيب في اختيار بديل الحليب الطبيعي وهو الحليب الاصطناعي المخصص للطفل أو الرضيع و كذا في تعقيم الرضاعات و استعمال الرضاعات الزجاجيـة، و منـه فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما تحسن إنتاج الصحة داخل الأسرة

و يمكن القول بأن الأمهات المتعلمات إذن هن أكثر لجوءا إلى تطبيق الأساليب الصحية. أما بالنسبة للدخل و نوع المسكن فهما يؤثران كذلك على إقبال الأمهات على الرضاعة الاصطناعية و بالتالي على طريقة الفطام و ذلك راجع لإقبال الأمهات اللائي تنتمين إلى الأسر المرتفعة الدخل و قدرتهن على اقتناء الحليب الاصطناعي ومستلزماته و هذا يتماشى مع الفرضية الأولى التي مفادها أن الأساليب التي قد تستخدمها الأمهات في إقبالها على الرضاعة الاصطناعية تختلف باختلاف المستوى الاجتماعي لديهن.

الفصل الثاني

معارف الأمهات اتجاه الرضاعة الطبيعية حسب بعض العوامل الاجتماعية و الديمغرافية

المبحث الأول : معارف الأمهات حول العناية بصحة الأم و الطفل

قبل الشروع في تحليل الجداول نلفت انتباه القارئ إلى أننا من خلال بحثنا هذا قمنا بمحاولة بتسليط الأضواء على أهم معارف الأمهات إزاء الرضاعة الطبيعية، لكن في البداية قمنا بتشكيل الجداول الخاصة بالرعاية الصحية و هذا قبل و بعد الولادة.

1) الرعاية الصحية قبل الولادة[1] : قمنا بطرح سؤال على الأمهات و هو : هل عرضت نفسك للكشف عن الحمل الأخير؟ (آخر المولود المعني بالدراسة) أما الشطر الثاني من السؤال فيتمثل في المعلومات التي تلقتها الأم خلال هذا الكشف، أسباب عدم الكشف، و أين تمت عملية الولادة.

من المعروف بأن المرأة الحامل يجب أن تكون موضع رعاية و عناية خاصة قبل و بعد الولادة و أن رعايتها على درجة كبيرة من الأهمية لصحتها و صحة الجنين و الرعاية الصحية المستمرة الحذرة تقلل من احتمالات المخاطـر التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل و بعد الولادة و تساعد على فرص بقاء المولود على قيد الحياة والجدول رقم 28 يعطي توزيع الأمهات اللاتي تلقين الرعاية الصحية قبل الولادة و مستواهن التعليمي لكون هذا الأخير يسهم في زيادة وعي المرأة بالقضايا الصحية.

[1] ينصح بأربع (04) زيارات طبية على الأقل أثناء الحمل لكشف الحمل الخطر، التلقيحات، و تحفيز الرضاعة الطبيعية حسب ما ورد في الدفتر الصحي، ص 3 .

الجدول رقم 27 : توزيع الأمهات اللائي تلقين الرعاية الصحية قبل الولادة و مستواهن التعليمي

الكشف / المستوى التعليمي	قمت بالكشف		لم أقم بالكشف		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	14	100,00	-	-	14	100
ابتدائي	29	93,50	2	6,5	31	100
متوسط	104	97,20	3	2,8	107	100
ثانوي	93	98,90	1	1,1	94	100
جامعي	54	100,00	-	-	54	100
المجموع	294	98	6	2	300	100

من خلال الجدول رقم 27، يتضح لنا أنه تقريبا كل الأمهات تلقين رعاية صحية خلال فترة الحمل مرة واحدة على الأقل بحوالي 98 % و فقط 2 % من اللواتي لم يتلقين رعاية صحية، كما تزداد نسبة الأمهات اللاتي تلقين الفحص مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم.

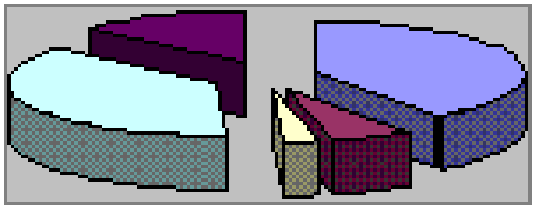
فيما يتعلق بالمعلومات التي تلقتها الأم خلال كشفها عن الحمل الأخير فهي تظهر في الجدول رقم 28

الجدول رقم 28 : توزيع الأمهات حسب المعلومات التي تلقتها خلال الكشف عن الحمل الأخير

المعلومات	التكرار	النسبة
نظام الأكل	120	40,00
فوائد الرضاعة الطبيعية	19	6,30
تنظيم الأسرة	9	3,00
الرعاية الصحية بعد الولادة	113	37,7
لم أتلقى أي معلومات	39	13,00
المجموع	300	100

تتأثر صحة الأمهات خاصة اللائي في سن الحمل بمستوى الخدمات الصحية المتوفرة و مدى استفادتهن منها و خلال فترة الحمل قد تتعرض الأم إلى أخطار صحية، و الرعاية الصحية خلال هذه الفترة من أهم العوامل التي تساعد على تحسين صحة الأم و الطفل، و يتضح من خلال الشكل رقم 12 و الجدول رقم 28 أن هناك 13 % من الأمهات اللواتي أجرين فحصا واحدا على الأقل و لم يتلقين معلومات تخص صحتهن أو صحة أطفالهن .

الشكل رقم 12 : توزيع الأمهات حسب المعلومات التي تلقتها خلال الكشف عن الحمل الأخير



و من جهة أخرى نجد أن هناك 87 % من الأمهات اللاتي تلقين معلومات تخص مجالات عديدة و هذا يدل على الدور الفعال و التثقيفي الذي تقوم به هذه المرافق الصحية و هي على التوالي : 40 % من الأمهات تلقين معلومات في مجال نظام الأكل، 37,7 % في مجال الرعاية الصحية بعد الولادة، أما فيما يخص نسب الأمهات اللواتي تلقين خدمات تثقيفية في مجال تغذية الطفل(الرضاعة الطبيعية) و تنظيم الأسرة فقد بلغت على التوالي : 6,3 % و 3 %.

و للإشارة تشكل العناية بالأم أثناء الولادة و بعدها مصدر اهتمام كبير من السلطات العموميـة و ذلك ليس فقط الحد من الأضرار التي تتعرض إليها هذه الفئة بل أكثر من ذلك فهي تسعى إلى خلق ظروف ملائمة لتنمية منسجمة و متكاملة للطفل و الأم ، لهذا يعتبر مكان الولادة من أهم العوامل التي تساعد على بقاء الأم و الطفل.

الجدول رقم 29 : توزيع الأمهات حسب مكان الولادة

مكان الولادة	التكرار	النسبة
المستشفى	263	87,70
مصحة خاصة	35	11,70
في المنزل	2	0,60
المجموع	**300**	**100**

فيما يتعلق بمكان الولادة، فإن بيانات البحث تشير إلى أن 87,7 % من الولادات التي تمت في المستشفيات و 11,7 % في المصحات الخاصة ،بينما بلغت نسبة الولادات التي تمت في المنزل ب 0,6 %.

2- الرعاية الصحية بعد الولادة : لقد قمنا بطرح سؤال على الأمهات حول دورها في مسائل تغذية طفلها و هل قامت بعرضه للفحص؟

الجدول رقم 30 : توزيع الأمهات اللاتي تلقين الرعاية الصحية للطفل بعد الولادة

فحص الطفل	التكرار	النسبة
نعم	239	79,7
لا	61	20,3
المجموع	**300**	**100**

ويتم ذلك من خلال الزيارات الطبية المنتظمة من 1 إلى 24 شهر لغرض مراقبة التطور النفسي الحركي، الوقاية من الكساح، الرضاعة الطبيعية و التلقيح[1].

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, carnet de santé, p. 21.

نشير إلى أن مراقبة و فحص المولود الجديد بعد أيام من ولادته يعد فحصا ضروريا إن الأغلبية الساحقة من الأمهات كن لهن دراية بفحص المولود بعد الولادة و قمن فعلا برعايته صحيا بنسبة 79,7%، أما 20,3 % فتمثلها ألأمهات اللاتي لم يقومن بفحص أطفالهن بعد الولادة للأسباب التالية :

- 18,7 % : الطفل بصحة جيدة
- 1,3 % : لدي خبرة سابقة

3- مدى استفادة الأمهات من المعلومات الصحية حول نوع الرضاعة اثر عملية فحص المولود

ولغرض معرفة ما إذا كانت المصالح الصحية عموما تقوم بدورها و تحث الأمهات على الرضاعة الطبيعية، قمنا بطرح هذا السؤال : أثناء القيام بفحص الطفل بعد ولادته هل تلقيت أي نصيحة فما يخص نوع الرضاعة.

الجدول رقم 31 : توزيع الأمهات حسب النصيحة فيما يخص نوع الرضاعة

تلقي النصيحة	التكرار	النسبة
نعم	214	89,50
لا	25	10,50
المجموع	**239***	**100**
***239 عدد الأمهات اللاتي قمن بفحص الطفل**		

حسب بيانات الجدول، نلاحظ أن هناك 89,5 % من الأمهات اللواتي تلقين معلومات تخص نوع الرضاعة أي تشجيع الأم بتغذية طفلها طبيعيا مقابل 10,5 % من اللاتي لم تتلقين و لا معلومة.

المبحث الثاني : معارف الأمهات اتجاه الرضاعة الطبيعية و بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية

1- معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و بعض المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية

لقد قمنا في هذه الجداول الموالية بمحاولة ربط المتغيرات المستقلة و المتمثلة في سن الأم، عدد الأطفال، المستوى التعليمي و الحالة المهنية للأم مع المتغير التابع و هو معرفة[1] المدة الزمنية الواجب إرضاعها حسب رأي الأم.

الجدول رقم 32 : معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و سنهن

المدة / سن الأم	ما بين 12 و 24 شهر		حتى ينقطع الحليب		لا أدري		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	1	100.00	-	-	-	-	1	100
24-20	14	53.80	6	23,10	6	23,10	26	100
29-25	37	50.70	14	19,20	22	30,10	73	100
34-30	56	60.20	30	32,30	7	7,50	93	100
39-35	4	60.00	16	21,30	14	18,70	75	100
44-40	16	53.30	10	33,30	4	13,30	30	100
49-45	1	50.00	1	50,00	-	-	2	100
المجموع	170	56.7	77	25,7	53	17,7	300	100

فمن خلال بيانات الجدول رقم 32، يبدو لنا أن الاتجاه العام يتجـه نحـو الأغلبية من الأمهات (56,7 %) اللاتي أرجعن ذلك إلى الوازع الديني بحيث يرون بأن أقصى مـدة هي السنتين و أشرن إلى حولين كاملين كما حث عليها الله تعالى في كتابه العزيز الحكيم : " **و الوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمـن أراد أن يتـم الرضاعـة و على المولـود له رزقهـن**

[1] المعرفة هي كما عرفها غيث محمد عاطف من خلال قاموس علم الاجتماع هي : " عملية عن طريقها يتعرف الفرد على البيئة و يحاول تفسيرها، و تضم المعرفة كافة عمليات الإدراك، و التفكيـر، و التذكـر، و التساؤل، و التخيـل، و التعميم.

و كسوتهن بالمعروف " صدق الله تعالى (سورة البقرة آية 233) و 25,7 % صرحن بأن المدة ليست محددة و إنما على الأم الإرضاع حتى ينقطع حليبها و17,7 % ليست لهن أي فكرة.

فما يخص نسب المدة الزمنية ما بين 12 و 24 شهر حسب سـن الأم، فنجـدها تارة مرتفعـة و تارة أخرى منخفضة بحيث بلغت عند الفئة 20-24 سنة بـ 53,80 و 50,7 % عند فئة 25-29 سنة ثم ترتفع بعد هذا السن لكن السؤال المطروح هل هؤلاء الأمهات مارسن الرضاعة الطبيعية لمدة 12و 24 شهر هذا ما سنحاول معرفته في تحليل الجداول اللاحقة.

الجدول رقم 33 : معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها وعدد الأطفال

المدة / عدد الأطفال	*ما بيـ ـن 12 و 24 شهر*		*حتى ينقطع الحليب*		*لا أدري*		**المجموع**	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
1	49	53.30	20	21,70	23	25,00	92	100
2	49	61.30	16	20,00	15	18,80	80	100
3	36	36.00	20	32,30	6	9,70	62	100
4	25	58.10	13	30,20	5	11,60	43	100
+5	11	47.80	8	34,80	4	17,40	23	100
المجموع	170	56.7	77	25,7	53	17,7	300	100

إن الخبرة أساس لاكتساب المعارف و الاتجاهات و المهارات و بمعنى آخر تعد الخبرة أساس التعليم[1] حيث أن المعرفة تتمركز عند الأمهات اللواتي لديهن 5 أطفال و أكثر و هن أكثر خبرة في تربية الأطفال و في ممارسة الرضاعة الطبيعية و هذا بالنسبة للأمهات اللاتي تعودن على الإرضاع لمدة غير محددة و التي تجاوزت السنتين أي حتى انقطاع الحليب فهن بالتالي لا

[1] سمعان وهيب، لبيب رشدي و حفظ الله إبراهيم ميخائيل، دراسات في المناهج ،القاهرة، دار الجيل للطباعة، مكتبة أنجلو المصرية 1966، طبعة 2، ص 144.

يرون بأن المدة تنحصر في 24 شهر فقط و إنما باستطاعة الأم تجاوز السنتيـن، و هناك الكثير من الأمهات اللواتي صرحن بأن الأطفال الأوائل على العموم يرضعون لفترة قصيرة لا تتجاوز السنة مقارنة بالطفل الأخير لديها و الذي يكون له الحظ الأوفر في الإرضاع لمدة تفوق السنتين ، أي حتى ينقطع الحليب.

وقد بلغت نسبة هؤلاء النساء ب 34,8 % و يمكن تفسير ذلك بأن الأم عند أول أو ثاني ولادة لها لا تملك الخبرة الكافية و الوعي اللازم بأهمية الإرضاع الطبيعي و بالتالي لا يحظى الطفل كثيرا للإرضاع من ثدي أمه.

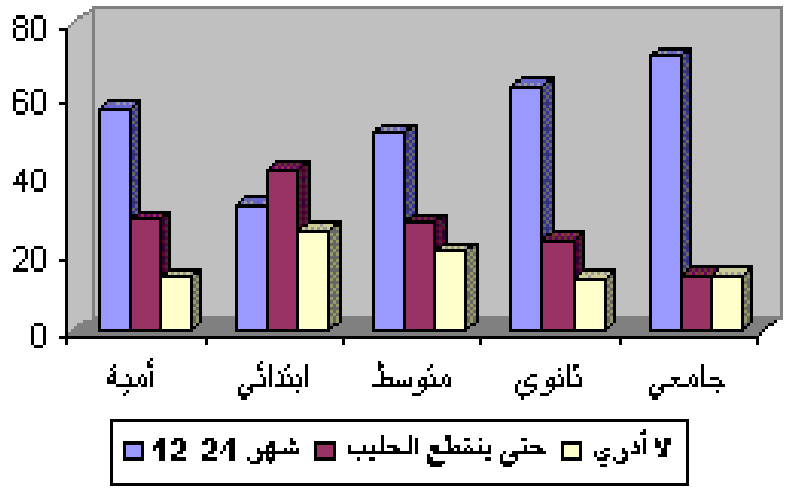
كما يبدو من خلال الجدول أن هناك 25 % من الأمهات اللاتي ليست لهن أي فكرة عن مدة الإرضاع و لديهن طفل واحد فقط مقارنة مع الأمهات اللواتي لديهن أكثر من طفل.

الجدول رقم 34 : معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها ومستواهن التعليمي

المدة / المستوى التعليمي	*ما بين 12 و 24 شهر*		*حتى ينقطع الحليب*		*لا أدري*		**المجموع**	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	8	57,10	4	28,60	2	14,30	14	100
ابتدائي	10	32,30	13	41,90	8	25,80	31	100
متوسط	55	51,40	30	28,00	22	20,60	107	100
ثانوي	59	62,80	22	23,40	13	13,80	94	100
جامعي	38	70,40	8	14,80	8	14,80	54	100
المجموع	170	56,7	77	25,7	53	17,7	300	100

يوضح لنا الجدول رقم 34 و من خلال المعطيات التي يقدمها و كقراءة أولى، ندرك أن هناك 62,8 % و 70,4 % من الأمهات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي صرحن بأن المدة يجب أن تكون مابين 12 و 24 شهرا و هي النسب الأكثر ارتفاعا مقارنة بالمستويات التعليمية الأخرى.

الشكل رقم 13 : معارف الأمهات حول المدة الواجب ارضاعها و مستواهن التعليمي



عموما حسب الشكل رقم 13 فنلاحظ أن النسب تنخفض مع ارتفاع المستوى التعليمي ابتداء من المستوى المتوسط. بالنسبة للنسب الأمهات اللاتي أدلين بأنه ليست هناك مدة محددة للإرضاع نجدها تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم و هذا ربما راجع إلى أن الأمهات أكثر تعليما لا يمارسن الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة مقارنة بالأمهات الأميات أو أقل تعليما وسبب ذلك أن ارتفاع المستوى التعليمي يمنح للأم فرص العمل و يتسبب هذا في عدم وجود وقت كافي لتغذية طفلها طبيعيا و هذا ما يؤدي إلى تقلص مدة الإرضاع و هناك من النساء اللواتي صرحن بأن أسباب اللجوء إلى بديل حليب الأم لا يرجع إلى رغبتها في ذلك وإنما ضرورة، فالأم ترغب في إرضاع طفلها و لأقصى مدة (24 شهرا) و ترى فيها الغذاء الصحي كونه يقي الأطفال من الأمراض و منه فهي واعية بأهمية الرضاعة الطبيعية غير أن هذه الرغبة لا تتحقق و إن تحققت فهي لا تتعدى بضعة أشهر و خاصة بالنسبة للأمهات اللائي يعملن. أما فما يخـص معارف الأم بالمدة الزمنية الواجب إرضاعها مع حالتها المهنية فتظهر في الجدول التالي :

الجدول رقم 35 : معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها وحالتها المهنية

المدة / الحالة المهنية	ما بين 12 و 24 شهر		حتى ينقطع الحليب		لا أدري		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تعمل	56	66,70	18	21,40	10	11,9	84	100
لا تعمل	114	52,80	59	27,30	43	19,9	216	100
المجموع	170	56,7	77	25,7	53	17,7	300	100

يتبين من الجدول رقم 35، أنه لا توجد فروق كبيرة فما يخص نسب الأم النشيطة و الغير النشيطة، حيث حسب تصريحات الأمهات، نجد أن هناك 27,3 % من اللاتي لا تمارسن أي نشاط أدلين بأنه ليس هناك مدة محددة للإرضاع الطبيعي مقابل 21,4 % بالنسبة للواتي يمارسن نشاطا، في حين نجد من جهة أخرى أن هناك 66,7 % من اللاتي تشتغلن صرحن بأن مدة الإرضاع يجب أن تكون ما بين 12و24 شهر مقابل 52.8 % بالنسبـة للائـي لا يشتغلن و يمكن يعود هذا الاختلاف إلى أن الأمهات اللواتي يشتغلن يدركن بأن للرضاعة الطبيعية مزايا و فوائد صحية كثيرة، لكن يلجأن إلى الرضاعة الاصطناعية و المختلطة وتبقى التغذية بالحليب الطبيعي متواجدة بنسبة محدودة و هذا بالرغم من تصريحاتهن بأن المدة يجب أن تصل إلى 24 شهر.

2- معارف الأمهات لفوائد الكولوستروم :

قبل تحليل الجداول الخاصة بمعارف الأم حول فوائد الكولوستروم ،نشير إلى أن هناك 25,3 % من اللواتي تعرفن على هذا السائل و أدلين بإجابات مختلفة.

الجدول رقم 36 : توزيع الأمهات حسب معارفهن لسائل الكولوستروم

فوائد الكولوستروم	التكرار	النسبة
غني جدا بالأجسام المناعية و يحوي على الفيتامينات و البروتينات و يحمي من الأمراض	*56*	*73,70*
يقوي الجسم	**7**	**9,21**
يجعل الجسم ينمو بسرعة	**6**	**7,88**
يعطي الذكاء	**7**	**9,12**
المجموع	*76*	*100*

قبل تحليل الجدول نذكر بالتعريف الصحيح لهذا السائل :

"هو سائلا مائلا للاصفرار ينزل من الثدي قبل اللبن الطبيعي، و يتكون على كمية هائلة من الماء، البروتين و الأملاح، و على كمية كبيرة من الأجسام المناعية التي تحمي الرضيع من عدة أمراض ، كالإسهال ، شلل الأطفال ،أمراض الجهاز التنفسي ...[1]

يبدو أن الأغلبية من الأمهات أي 73,7 % صرحن بأن هذا السائل هو غني جدا بالأجسام المناعية و يحوي على الفيتامينات، البروتينات و يحمي من الأمراض، و قد جاء هذا في التعريف .أما بالنسبة للنسب المتعلقة بالتعريفات الأخرى فهي سطحية و لا يوجد اختلاف كبير بينها لكن من هؤلاء النساء اللواتي أدلين بالتعريف الصحيح لهذا السائل ؟

[1] عبد العزيز محمد كمال، أنت و مشاكل طفلك، الجزائر، مكتب حلب، بدون سنة، ص 26.

الجدول رقم 37 : معارف الأمهات حول فوائد سائل الكولوستروم و مستواهن التعليمي

الفوائد / المستوى التعليمي	غني جدا بالأجسام المناعية		يقوي الجسم		ينمو الطفل بسرعة		يعطي الذكاء		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
ابتدائي	1	50,00	1	50,00	-	-	-	-	2	100
متوسط	1	20,00	1	20,00	2	40,00	1	20,00	5	100
ثانوي	13	52,00	4	16,00	3	12,00	5	20,00	25	100
جامعي	41	95,30	1	2,30	1	2,30	-	-	43	100
المجموع	56	73,70	7	9,20	6	7,9	7	9,20	76	100

نلاحظ من معطيات الجدول رقم 37، أن نسبة المعرفة بالسائل الكولوستروم تزداد عموما بازدياد المستوى التعليمي للأم حيث بلغت أقصاها عند الأمهات ذوات المستوى الجامعي، حيث بلغت 95,3 % و هن اللاتي أدلين بالتعريف الصحيح للكولوستروم تليها نسبة 52 % من اللواتي لهن مستوى ثانوي و عند ربط تلك المعارف مع متغير الحالة المهنية، نلاحظ أن الأمهات اللواتي صرحن بالتعريف الصحيح للكولوستروم هن اللاتي يشتغلن بنسبة 80 % مقابل 61,5 % من الأمهات اللواتي لا تمارسن أي نشاط مما يدفع القول بأن الأم العاملة أكثر ثقافـة و معرفة مقارنة بالأم الماكثة بالبيت.

3- معارف الأمهات لفوائد الرضاعة الطبيعية :

لقد قمنا بطرح سؤال يتعلق بفوائد الرضاعة الطبيعية و الهدف من وراء هذا السؤال هو تشخيص معارف الأمهات المتعلقة بأبعاد حفظ الصحة و التغذية و فائدته لصالح الأم والطفل.

الجدول رقم 38 : معارف الأمهات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و مستواهن التعليمي

فوائد حليب الأم / المستوى التعليمي	قيمة غذائية كبرى و يحمي من الأمراض		يعود بالنفع على الأم و الطفل		اقتصادي		يقوي الرابطة بين الأم و الطفل		يعطي الذكاء		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	1	7.10	1	7.10	6	42,90	4	28,60	2	14,30	14	100
ابتدائي	9	29.00	-	-	11	35,50	5	16,10	6	19,40	31	100
متوسط	27	25.20	4	3.70	45	42,10	18	16,80	13	12,10	107	100
ثانوي	71	75.50	10	10.60	8	8,50	3	3,20	2	2,10	94	100
جامعي	45	83.30	70	13.00	-	-	1	1,90	1	1,90	54	100
المجموع	153	51	22	7.30	70	23,30	31	10,30	24	8	300	100

من خلال الجدول نستخلص بأن الأغلبية من الأمهات صرحن بأن حليب الأم له قيمة غذائية كبرى و يحمي من الأمراض بنسبة 51 % و نلاحظ أن نسبة المعرفة تزداد مع ازدياد المستوى التعليمي للأم، حيث بلغت أقصاها عند الأمهات ذوات المستوى الجامعي حيث بلغت 83,3 % و أدناها عند الأمهات بدون مستوى، مما يدل على أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي نجدهن أكثر تفتحا و لاسيما على مستوى الذهنيات، كما أن ارتباط المرأة المتعلمة و ترددها على المراكز الصحية أقوى من المرأة الغير المتعلمة أو الماكثة بالبيت، مما سيكون له أثرا مباشرا على صحة الطفل و تغذيته طبيعيا.

أما باقي النسب فتتوزع كما يلي :

- 23,3 % من الأمهات صرحن بأن حليب الأم هو حليب هو حليب اقتصادي،
- 10,3 % من الأمهات صرحن بأن حليب الأم يقوي الرابطة بين الأم و الطفل،
- 8 % من الأمهات صرحن بأن حليب الأم يعطي الذكاء،
- 7,3% من الأمهات صرحن بأن حليب الأم يعود بالنفع على الأم و الطفل.

وما يمكن قوله هو أن كل الأمهات أعطين صورة في اتخاذ موقف ايجابي إزاء الرضاعة الطبيعية لأن كل ما ذكر من طرف الأمهات من فوائد له نصيب من الصحة وقد أثبتت عدة دراسات على ذلك.

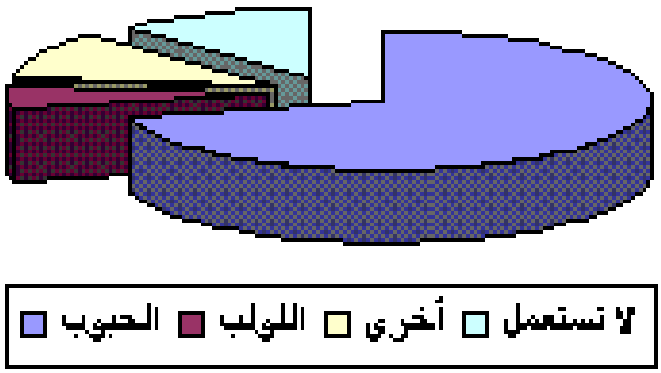
4- معارف الأمهات حول مدى تأثير وسائل منع الحمل (الحبوب) على الرضاعة الطبيعية :

لقد قمنا بطرح السؤال التالي على المبحوثات : بعد فترة النفاس هل لجأت إلى استعمال وسيلة من وسائل منع الحمل ؟

الجدول رقم 39 : توزيع الأمهات حسب استعمال وسائل منع الحمل

الوسيلة	التكرار	النسبة
الحبوب	214	71,3
اللولب	14	4,7
أخرى	35	11,7
لا تستعمل	37	12,3
المجموع	300	100

الشكل رقم 14 : توزيع الأمهات حسب استعمال وسائل منع الحمل



يبدو من خلال الجدول أعلاه و الشكل رقم 14 أن معظم الأمهات يستعملن الحبوب بنسبة 71,3 % و بما أنها أكثر الوسائل استعمالا سوف نسلط الضوء على معارف الأمهات حول مدى تأثير الحبوب على الرضاعة الطبيعية و مستواهن التعليمي لكن قبل تحليل الجدول لا بد من إيضاح نقطة مهمة جدا و هي أن الرضاعة الطبيعية ليست بوسيلة فعالة لمنع الحمل إلا إذا توفرت الشروط التالية :

- غياب الطمث مدة 56 يوما و أكثر.
- الإرضاع حسب الطلب أي رضاعة مطلقة و تكون على الأقل 8 إلى 10 رضعات في 24 ساعة و الفارق بين الرضعات لا يتجاوز 06 أشهر.
- إرضاع متواصل بدون انقطاع خلال الأربعة إلى ست الشهور الأولى بدون إضافة أغذية أخرى كالحليب أو حتى ماء أو سوائل أخرى.
- الإرضاع بالثدي فقط دون استعمال المصاصة أو الرضاعة.
- الإرضاع بثدي واحد حتى يتركه الرضيع ثم إعطائه الثدي الثاني.
- الإرضاع ليلا كلما استيقظ الرضيع[1].

[1] Guy Jarray et autres : Allaitement maternel, Manuel à l'usage du personnel de la santé, Tunisie, 1995, p. 33-34.

الجدول رقم 40 : معارف الأمهات حول مـدى تأثيـر الحبوب علـى الرضاعـة الطبيعيـة و مستواهن التعليمي

مدى تأثير الحبوب / المستوى التعليمي	نعم تؤثر		لا تؤثر		لا أدري		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	4	28,60	4	28,60	6	42,90	14	100
ابتدائي	9	29,00	3	9,70	19	61,30	31	100
متوسط	44	41,10	23	21,50	40	37,40	107	100
ثانوي	44	46,80	15	16,00	35	37,20	94	100
جامعي	45	83,30	2	3,70	7	13,00	54	100
المجموع	146	48,70	47	15,7	107	35,7	300	100

انطلاقا من النتائج المعروضة في الجدول رقم 40 يتبين أن الأغلبية من الأمهات صرحن بأن الحبوب تؤثر على الرضاعة الطبيعية أي 48,7 % مقابل 15,7 % من اللاتي صرحن بأن الحبوب لا علاقة لها بالإرضاع الطبيعي في حين بلغت نسبة الأمهات اللواتي ليست لهن فكرة على الموضوع بـ 35,7 % كما نلاحظ أيضا من خلال بيانات نفس الجدول بأن نسبة الأمهات اللاتي صرحن بأن الحبوب لها تأثير على الرضاعة الطبيعية ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي بحيث بلغت أدناها لدى الأمهات اللاتي لم يتحصلن على أي قسط من التعليم بنسبة 28,6 % و أقصاها لدى الأمهات ذوات المستوى الجامعي بنسبة 83,3 %. و من خلال الشروط السابقة نستخلص بأن تناول الحبوب يؤثر سلبا على إدرار كمية الحليب الطبيعي و قد يفسر ذلك بأن الأمهات ذوات المستوى العالي من التعليم هن أكثر دراية مقارنة بالأمهات غير المتعلمات أو الأقل تعليما.

الجدول رقم 41 : معارف الأمهات حول مدى تأثير الحبوب على الرضاعة الطبيعية و سنهن

مدى تأثير الحبوب / سن الأم	نعم تؤثر		لا تؤثر		لا أدري		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	-	-	-	-	1	100	1	100
24-20	9	34,60	2	7,70	15	57,70	26	100
29-25	31	42,50	15	20,50	27	37,00	73	100
34-30	50	53,80	20	21,50	23	24,70	93	100
39-35	36	48,00	8	10,70	31	41,30	75	100
44-40	19	63,30	2	6,70	9	30,00	30	100
49-45	1	50,00	-	-	-	50,00	2	100
المجموع	146	48,70	47	15,70	107	35,70	300	100

يتبين من خلال الجدول أن النسبة الأكثر ارتفاعا تتمركز عموما عند الأمهات اللاتي يتراوح أعمارهن مابين 40 و 44 سنة و بصفة عامة نلاحظ أن النسبة ترتفع تدريجيا بارتفاع سن الأم و هذا ربما راجع إلى التجارب التي اكتسبتها في حياتها من خلال الولادات المتكررة و مع تكرار الرضاعة أو مع ارتفاع عدد الأطفال و بالتالي فهي تسمح للطفل بالرضاعة الكافية من الثدي و هي تعلم بأن استعمال الحبوب يعوق انعكاس إدرار الحليب الطبيعي عكس الأم الصغيرة في السن بدليل أن هناك 57,7 % و 37 % من الأمهات اللاتي يتراوح أعمارهن ما بين 20-24 سنة و ما بين 25-29 سنة صرحن بأنه ليس لهن أي فكرة على الموضوع.

فيما يخص الأمهات اللواتي تشتغلن صرحن بأن الحبوب تؤثر على الإرضاع بنسبة 67,9 % مقابل 41 % من اللاتي لا تشتغلن و في الأخير قمنا بطرح سؤال على جميع الأمهات اللاتي يرغبن في المزيد من الأطفال و كان عددهن 149 أما (49,7 %) و هذا مهما كان سنها أو مستواها التعليمي أو حالتها المهنية ... و لغرض معرفة نيتهن و اتجاهاتهن في ممارسة الرضاعة الطبيعية مستقبلا و كانت الإجابة بنعم لجميع الأمهات بأنهن يرغبن في تغذية أطفالهن

طبيعيا و بالتالي يبقى المجهود كبير الذي يتركز على التثقيف الصحي في مجال ترقية الرضاعة الطبيعية.

المبحث الثالث : الرعاية الصحية و نوع الرضاعة الممارس

لقد قمنا بتصميم هذه الجداول لمعرفة تأثير بعض العوامل على نوع الإرضاع و من بينها المعلومات التي تلقتها الأم خلال الرعاية الصحية عن الحمل و متابعته و كذا الرعاية الصحية بعد الولادة.

الجدول رقم 42 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس و المعلومات التي تلقتها خلال الرعاية الصحية عن الحمل

نوع الرضاعة / المعلومات	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نظام الأكل	67	55,80	28	23,33	25	20,80	120	100
الرضاعة الطبيعية	11	58,00	4	21,05	4	21,00	19	100
تنظيم الأسرة	5	55,55	2	22,22	2	22,20	9	100
الرعاية الصحية بعد الولادة	63	56,00	26	23,00	24	21,00	113	100
لم أتلقى أي معلومات	22	56,40	9	23,07	8	20,50	39	100
المجموع	168	56	69	23	63	21	300	100

لقد توصلنا إلى أن نسبة الأمهات اللاتي تلقين إرشادات فيما يخص الرضاعة الطبيعية و هن يرضعن طبيعيا 58 % مقابل 21 % من اللاتي ترضعن اصطناعيا، كما بلغت نسبة الأمهات اللواتي تلقين معلومات حول ضرورة القيام بالرعاية الصحية بعد الولادة ب 56 % و نشير إلى أن هذه المرحلة تلعب دورا كبيرا في المجالين الصحي و التغذوي بالنسبة للأم و الطفل معا، حيث أن الأم خلال هذه المرحلة تتحصل على نصائح طبية و تشجيعات على الإرضاع الطبيعي

و تفادي الرضاعة الاصطناعية خاصة خلال الشهور الأولى من الولادة، لأن الأم في هذه المرحلة تكون مرهقة و تكون غير قادرة على الرضاعة من الثدي مباشرة بعد الولادة فتلجأ إلى الرضاعة الاصطناعية كوسيلة لتلبية حاجيات رضعيها خاصة إذا كانت عملية الولادة قيصرية ، و عند محاولتها إعطاءه الثدي يرفضه نتيجة تعوده على الرضاعة إذ أنها سهلة و لا تتطلب منه جهدا على عكس الثدي، و هذا خطأ تقع فيه الكثير من الأمهات لهذا لا بد أن تبدأ التوعية الصحية منذ بداية الحمل .

الجدول رقم 43 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و مكان الولادة

نوع الرضاعة / مكان الولادة	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
المستشفى	169	64,30	47	17,90	47	17,90	263	100
مصحة خاصة	16	45,70	8	22,90	11	31,40	35	100
في المنزل	1	50,00	-	-	1	50,00	2	100
المجموع	168	56	69	23	63	21	300	100

من خلال هذا الجدول أعلاه نحاول معرفة مدى تأثير مكان الولادة على نوع الرضاعة ، فمن خلال النتائج ، نلاحظ أن الأمهات اللائي وضعن حملهن في المستشفى يقبلن على الإرضاع الطبيعي بنسبة 64,3 % مقابل 45,7 % بالنسبة للواتي وضعن مولودهن في المراكز الخاصة ، و نشير إلى أن للمستشفى دورا في تحفيز و نشر الرضاعة الطبيعية ، حيث اتخذت بعض المستشفيات عدة طرق و سياسات التي تلعب دورا هاما في اتخاذ الأم لقرار البداية في الإرضاع الطبيعي مباشرة بعد الولادة و الاستمرار فيه حيث تضمن أفضل انطلاقة للمولودين الجدد و من بينها و ضع الطفل مباشرة بعد الولادة بقرب أمه ، إقامـ ـة الطفل في غرفة أمـه و إرضاع الطفل عند الطلب و عدم تقديم إضافات غذائية أخرى مثل الحليب الاصطناعي .

وقد أثبتت عدة دراسات تحليلية لهذه الطرق التي لها فعل ايجابي في إطالة مدة الإرضاع الطبيعي حيث يؤدى هذا إلى خفض وفيات الأطفال ، عدم الإصابة بالالتهابات التنفسية و كذا التقليل من الإسهال الذي يأتي عن طريق الحليب الاصطناعي.

و من بين النتائج أيضا أن الأمهات اللاتي وضعن مولودهن في المصحات الخاصة يقبلن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 31,4 مقابل 17,9 % من اللاتي وضعن مولودهن في المستشفى ، و هذا راجع ربما للتكاليف الباهضة لليلة الواحدة في المصحة إضافة إلى ذلك أن الأمهات لا يتلقين النصائح أو التشجيعات على الإقبال على الرضاعة الطبيعية مباشرة بعد الولادة وفي الجدول الموالي سوف نبين إذا ما كانت بدايات الإرضاع لها علاقة بمدة الإرضاع الطبيعي أم لا.

الجدول رقم 44 : توزيع الأمهات حسب بدايات الرضاعة الطبيعية و مدة الإرضاع الطبيعي

المدة / بداية الرضاعة	أقل من شهر		1-6		7-12		12+		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
مباشرة	4	3,70	56.00	52,30	25	23,40	22	20,60	107	100
ما بين 2-8 ساعات	4	15,40	11.00	42,30	8	30,80	3	11,50	26	100
بعد 24 ساعة	1	2,90	21.00	68,60	6	17,10	4	11,50	35	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

لقد جاء في الدفتر الصحي الخاص بالأم و الطفل **: يجب أن تبدأ الرضاعة الطبيعية في النصف الساعة الأولى بعد الولادة**[1]. إن من أهم العوامل التي تؤثر على الرضاعة الطبيعية هو الوقت الفاصل بين الولادة و الرضعة الأولى، فالأمهات اللائي بدأن الرضاعة خلال الساعات الأولى التي تلي الولادة يتزايد عندهن تكرار الإرضاع و مدته بالمقارنة مع اللائي بدأن ذلك بعد

[1] Voir carnet de santé, p 15.

مضي 12 ساعة على الولادة[1] من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الأمهات اللاتي أرضعن مباشرة بعد الولادة أي بعد ذلك بعد نصف ساعة من الولادة و لمدة ما بين 1 و 6 أشهر بلغت 52.3 %، 23,4 % ما بين 7و 12 أشهر و 20,6 % من اللاتي أرضعن لمدة تفوق السنة . و إذا قمنا بمقارنة النتائج الخاصة بالمدة 12 شهر و أكثر فنلاحظ أن هناك اختلافا نوعا ما في النسب الخاصة بالأمهات اللائي أرضعن ما بين 2 و 8 ساعات و بعد 24 ساعة (11,5 %).

و نشير إلى أن الأغلبية من هذه النساء قد أوضعن مولودهن الأخير عن طريق عملية قيصرية و بالتالي لا يستطعن الإرضاع مباشرة بعد الولادة لكـون أن الأم ليست في صحـة جيـدة ، و حتى بالنسبة للمدة المتراوحة ما بين 7 و 12 أشهر نجد أن النسبة تنخفض إلى 17 % مقارنة بالنسبة للأمهات اللاتي أرضعن مباشرة أو ما بين 2 و 8 ساعات حيث بلغت النسب على التوالي 23,4 % و 30,8 % و ما يمكن استنتاجه أن للرضعة الأولى أثر على مدة الرضاعة الطبيعية أي كلما كانت الرضعة الأولى مبكرة كلما كانت المدة أطول . و أكثر تفاصيل عن نوع الإرضاع و كيفية الولادة أنظر الجدول الموالي.

الجدول رقم 45 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و كيفية الولادة

نوع الرضاعة / كيفية الولادة	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
خرج من تلقاء نفسه	142	56,60	57	22,70	52	20,70	251	100
عن طريق الكلاب	3	37,50	4	50,00	1	12,50	8	100
عملية قيصرية	23	56,10	8	19,50	10	24,40	41	100
المجموع	168	56	69	23	63	21	300	100

[1] فايز قنطار ، الأمومة : نمو العلاقة بين الأم و الطفل ، مرجع سابق ، ص 88.

من خلال بيانات الجدول رقم 45، يتبين أنه لا يوجد اختلافات كثيرة فما يخص نسب الأمهات اللاتي يرضعن طبيعيا و اللاتي وضعن مولودهن عن طريق عملية قيصرية أو بطريق عادية مقارنة بالأمهات اللاتي وضعن مولودهن عن طريق الكلاب, أما الأمهات اللاتي و ضعن مولودهن عن طريق عملية قيصرية فنلاحظ أنهن يلجأن إلى الرضاعة المختلطة بنسبة 24,4 % مقابل 20,7 % بالنسبة للاتي وضعن المولود بطريقة عادية (20,7 %) أو عن طريق الكلاب (12,5 %).

أما فيما يتعلق بنمط الآخر و المتمثل في الرضاعة الاصطناعية ، فنجد حسب النتائج المعروضة في نفس الجدول أن نصف الأمهات (50 %) واللاتي وضعن المولود عن طريق الكلاب يلجأن إلى الرضاعة الاصطناعية مقابل 22.7 % و 19.5 % بالنسبة للاتي وضعن المولود بطريقة عادية أو بعملية قيصرية.

و نلفت الانتباه إلى أن الأمهات اللواتي يلدن بطريقة قيصرية ليست لهن حظوظ النجاح في ممارسة الرضاعة الطبيعية مباشرة بعد الولادة و هذا راجع لعدم قدرة الأم على الإرضاع بسبب العملية و هناك من الأمهات اللاتي صرحن بأنهن باشرن في الإرضاع من الثدي بعد مرور ستة أو سبعة أيام من الولادة و في هذه الحالة تضطر الأم إلى تغذية رضيعها اصطناعيا.

الجدول رقم 46 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ومتابعة الحمل

نوع الرضاعة / متابعة الحمل	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	164	55,8	68	23,1	62	21,1	294	100
لا	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100
المجموع	168	56	69	23	63	21	300	100

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك 55,8 % من الأمهات اللائي تابعن حملهن و يرضعن طبيعيا مقابل 66,7 % من اللاتي لم تتابعن حملهن و يعود هذا الاختلاف إلى أن الأغلبية من

الأمهات (294 أما) أي بنسبة 98 % قمن برعاية صحية خلال فتـرة الحمل مقابل 2 % فقـط (06 أمهات).

فيما يخص أنواع أخرى من الرضاعة، فنجد أن هناك 23 % و 21 % من اللائي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و المختلطة و قد تابعن حملهن بهذا المولود الأخير (المعني بالدراسة) مقابل 16,7 % لكل من الرضاعـة الاصطناعية و المختلطة بالنسبة للائي لم يتابعن حملهن . و بما أن الفرق كبير بين الأمهات اللاتي تلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير و بين اللائي لم تتلقين المتابعة الصحية و نظرا لصغر العدد سوف نقوم بمحاولة ربط نوع الرضاعة مع متغير آخر ألا و هو النصائح أو المعلومات التي تلقتها الأمهات خلال فترة الحمل .

الجدول رقم 47 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والمعلومات التي تلقتها إثر متابعتها للحمل

نوع الرضاعة / المعلومات	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نظام الأكل	67	55,83	28	23,33	25	20,84	120	100
الرضاعة الطبيعية	11	58,00	4	21,00	4	21,00	19	100
تنظيم الأسرة	5	55,56	2	22,22	2	22,22	9	100
الرعاية الصحية بعد الولادة	63	56,00	26	23,00	24	21,00	113	100
لم أتلقى معلومات	22	56,00	9	23,00	8	21,00	39	100
المجموع	168	56	69	23	63	21	300	100

من خلال الجدول رقم 47 يتضح لنا أن هناك :

- 58 % من الأمهات اللائي يرضعن رضاعة طبيعية وقت البحث و قد تلقوا نصائح حول توعيتهن و تحسيسهن بأهمية حليب الأم و الإقبال عليه بعد الولادة مقابل 21 % لكل من الرضاعة الاصطناعية و الرضاعة المختلطة ..

- 56 % من اللائي يرضعن رضاعة طبيعية و تلقين إرشادات تتعلق بالرعاية الصحية ما بعد الولادة و نشير في هذا الإطار أن هذه الرعاية تضم رعاية الأم من جهة و يتم ذلك عن طريق علاج المضاعفات الصحية بعد عملية الولادة و من جهة أخرى متابعة المولود و مراقبة صحته و نموه عن طريق التلقيح ، و تشجيع الرضاعة الطبيعية....أما النسب الخاصة بالرضاعة الاصطناعية و المختلطة فقد بلغت على التوالي 23 % و 21 %.

- 55,83 % من الأمهات اللائي يرضعن طبيعيا و تلقين فقط معلومات تخص نظام الأكل في فترة الحمل مقابل 23,33 % من اللاتي ترضعن رضاعة اصطناعية و 21 % من اللاتي ترضعن رضاعة مختلطة.

- 55.66 % من الأمهات اللائي يرضعن طبيعيا و تلقين نصائح تخص استعمال وسائل منع الحمل مقابل 22,22 % من اللائي يرضعن رضاعة اصطناعية و 21 % من اللاتي ترضعن رضاعة مختلطة.

الجدول رقم 48 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و فحص المولود بعد الولادة

نوع الرضاعة / فحص المولود	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	121	50,80	61	25,60	56	23,50	238	100
لا	47	75,80	08	12,90	07	11,30	62	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

من العوامل المؤثرة على اختيار نوع من أنواع الرضاعة حسب نيكو و كول هو عدد الفحوصات ما قبل و بعد الولادة (الرعاية الصحية)[1].

من خلال المعطيات التي يقدمها الجدول أعلاه، نلاحظ أن هناك 50,8 % من اللائي قمن بفحص المولود و هن يرضعن رضاعة طبيعية مقابل 25,6 % من اللائي ترضعن رضاعة اصطناعية و 23,5 % من اللاتي ترضعن رضاعة مختلطة أما بالنسبة للائي لم يقومن بعملية فحص الطفل و هن يرضعن طبيعي فقد بلغت 75,8 % مقابل 12,9 للرضاعـة الاصطناعيـة و 11,3 % للرضاعة المختلطة .

أما بالنسبة للائي لم يقومن بعملية فحص الطفل و هن يرضعن طبيعي فقد بلغت 75,8 % مقابل 12,9 للرضاعة الاصطناعية و 11,3 % للرضاعة المختلطة .

الجدول رقم 49 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والنصائح التي تلقتها اثر عملية فحص المولود و التي تخص نوع الرضاعة المفضلة

نوع الرضاعة / النصائح	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	106	49,50	56	26,20	52	24,30	214	100
لا	16	64,00	05	20,00	04	16,00	25	100
المجموع	122	51,00	61	25,50	56	23,40	239	100

يتبين من الجدول رقم 49 أنه ليس هناك اختلافا كبيرا بين الأمهات اللائي يرضعـن طبيعيا (49,50 %) و تلقين نصائح حول نوع الرضاعة عند فحص المولود مقارنة بالأمهات اللاتي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و المختلطة حيث بلغت النسبة بـ 50,5 % (26,2 % للرضاعة الاصطناعية و 24,3 % للرضاعة المختلطة), أما بالنسبة للأمهات اللواتي قمن

[1] Nicaud et Coll. Allaitement Maternel : Nature du Choix, Archives Françaises de Pédiatrie, volume 42, 1985, p 133.

بفحص أطفالهن و لم يتلقين نصائح فيما يخص نوع الرضاعة و هن يمارسن الرضاعة الطبيعية فقد بلغت نسبتهن 64 % 20 % للائي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و 16 % بالنسبة للاتي تمارسن الرضاعة المختلطة.

الجدول رقم 50 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و فحص المولود بعد الولادة

المدة / فحص المولود	أقل من شهر		1-6		7-12		12+		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	4	3,30	62	51,20	29	24,00	26	21,50	121	100
لا	5	10,60	29	61,70	10	21,30	3	6,40	47	100
المجموع	9	5,40	91	54,50	39	23,20	29	17,30	168	100

لقد قمنا بطرح سؤال على الأمهات و الذي يتعلق بفحص المولود الجديد بعد الولادة أي بعد أيام قليلة من الولادة و لقد تحصلنا على الجدول رقم 50 الذي حاولنا فيه ربط متغير مدة الرضاعة الطبيعية مع عملية فحص المولود. يتبين من خلال نفس الجدول أن مدة الرضاعة الطبيعية ترتفع حسب إجراء فحص المولود بدليل أن نسب الفحص تنخفض بارتفاع مدة الرضاعة الطبيعية حيث نجد أن عند المدة 12 و أكثر قد بلغت نسبة الذين تم فحصهم 21.5 % مقابل 6.4 % عند الذين لم يتم فحصهم كما نجد أيضا أن النسبة تبلغ أقصاها عند المدة 1 و 6 أشهر ثم تنخفض تدريجيا إلى أن تصل 21 % عند لأطفال الذين أرضعوا لمدة تفـوق السنـة و هذا طبيعي جدا لأن الأغلبية من الأطفال قد دخلوا في مرحلة الفطام.

لجدول رقم 51 : توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و هل تلقين نصائح فيما يخص نوع الرضاعة

المدة / النصائح	أقل من شهر		6-1		12-7		+12		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تلقيت نصائح	4	3,80	54	50,90	24	22,60	24	22,60	106	100
لم أتلقى نصائح	1	-	8	50,00	6	37,50	2	12,50	16	100
المجموع	4	3,30	62	50,80	30	24,60	26	21,30	122	100

***122 هو عدد الأطفال من بين 168 طفل الذي يرضع رضاعة طبيعية وقت التحقيق و تم فحصهم ، البقية من الأطفال أي 46 طفل لم يتم فحصهم و بالتالي لم يطرح السؤال على الأمهات.**

من خلال النتائج يتبين أن الأمهات اللاتي أرضعن وما زلن يرضعن وقت التحقيق لمدة تفوق السنة و تلقين النصائح حول التغذية الطبيعية بلغت نسبتهن 22,60 % مقابل 12,5 % بالنسبة للاتي لم يتلقين أي نصيحة , أما بالنسبة للمدة المتراوحة ما بين 7 و 12 أشهر فقد قدرت النسبة ب 37,5 % بالنسبة للائي لم يتلقين و لا معلومة مقابل 22,6 % من اللاتي تلقين النصائح, وإذا ركزنا على أطول مدة فنلاحظ أن هناك اختلافا نوعا ما مما يدل على أن التوعية الصحية الموجهة للنساء الحوامل و للأمهات بصفة عامة لها دورا في تحفيز على متابعة و استمرار في الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة وتشجيع الأمهات الجدد من خلال توعيتهن بأهمية الإرضاع وممارستها و من خلال سؤال يتعلق بنوع الرضاعة الممارس و الأشخاص الذين قاموا بتشخيص المولودين الجدد قمنا بربط المتغيرين.

الجدول رقم 52 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والأشخاص الذين قاموا بتشخيص المولود

نوع الرضاعة / الأشخاص	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
طبيب الأطفال	121	51,50	59	25,10	55	23,40	235	100
طبيب عام	1	25,00	2	50,00	1	25,00	4	100
المجموع	122	51	61	25,50	56	23,40	239	100

يشير الجدول رقم 52 إلى أن الأغلبية الساحقة من الأمهات (51.5 %) تتجهن إلى فحص أطفالهن من قبل طبيب الأطفال و هن يمارسن الرضاعة الطبيعية وقت التحقيق مقابل 25 % من اللاتي تلقين الرعاية الصحية من قبل طبيب عام. إن أول سؤال يقوم بطرحه الطبيب سواء كان طبيبا للأطفال أو طبيبا عاما هو : على ماذا يتغذى طفلك ؟ هل من حليبك أم من الحليب الاصطناعي ؟ فهو بذلك من خلال هذا السؤال يشجع الأم على الإرضاع من حليبها إذا كانت في صحة جيدة و يضمن لها الاستعمال الحسن لبديل حليب الأم إذا كانت في حاجة إليه على أساس تقديم معلومات كافية حول نوع الحليب الاصطناعي المناسب للطفل و هذا بسبب عوامل أخرى تمنعها من الإرضاع كالمرض مثلا .

كما قمنا بطرح سؤال على الأمهات اللاتي لم ترضعن مباشرة بعد الولادة (حتى مرور 24 ساعة) عن السوائل التي تناولها المولود الجديد قبل إعطاءه الثدي و كان عددهن 59 أما.

الجدول رقم 53 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والسوائل التي أعطيت للمولود

نوع الرضاعة / السوائل	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الحليب الاصطناعي	25	56,80	10	22,70	9	20,50	44	100
محلول الماء بالسكر	10	66,70	2	13,30	3	20,00	15	100
المجموع	35	59,30	12	20,30	12	20,30	59	100

من معطيات الجدول رقم 53، يتبين أن هناك 56,8 % من الأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية و قد سبق لهن تغذية أطفالهن بالحليب الاصطناعي مقابل 66,7 % من اللاتي قدمن لأطفالهن محلول الماء بالسكر و نشير إلى أن تغذية الطفل بهذه الإضافات يخلق لدى الرضيع تذبذب لهذا لا يجب تقديم لأي رضيع تغذية اصطناعية ما عدا الثدي خاصة في الشهور الأولى بعد الولادة و يمكن تفسير ذلك إلى أن هؤلاء الأمهات لم تتلقين الإعانة في بداية الرضاعة الطبيعية أي خلال الساعات الأولى من الولادة التي تعتبر من أهم المراحل و التي بدورها يتحدد مصير نجاح عملية الرضاعة الطبيعية و كما أ ن هناك 22,7 % من الأمهات اللاتي قدمن لأطفالهن تغذية اصطناعية عند الولادة (الحليب الاصطناعي) و مازلن يمارسن هذا النوع من الرضاعة وقت التحقيق و هذا ربما راجع إلى عدة عوامل منها تعود الطفل على الزجاجة و عدم كفاية الحليب حيث بلغت نسبة الأطفال الذين رفضوا الثدي نتيجة تعودهم على الرضاعة ب 13% في بحثنا و 27,5 % من الأمهات اللاتي يشتكيـن من عدم كفايـة الحليب و ربما يعود السبب كما أشارت إليه سالفا إلى الانطلاقة السيئة في ممارسة الرضاعة الطبيعة بسبب أيضا النقص في برامج التثقيف الصحي .

و نلفت الانتباه إلى أن اللجوء إلى الرضاعة الطبيعية و ممارستها لمدة مطولة يعود بالفائدة على الأسرة بحيث تقتصر هذه الأخيرة المصاريف الخاصـة بالحليب الاصطناعـي و مستلزماتـه و الوسائل الضرورية لتحضير و تعقيمه.

تحليل الفرضية الثانية باستخدام معامل الارتباط :

لمعرفة تأثير بعض المتغيرات المستقلة على المتغير التابع قمنا بربط المتغير التابع و المتمثل في مدة الرضاعة الطبيعية مع بعض المتغيرات المستقلة و المتمثلة في الرعاية الصحية قبل الولادة ، المعلومات التي تلقتها الأم خلال الكشف عن الحمل ،الرعاية الصحية للمولود الجديد ، بدايات الإرضاع ، معرفة سائل الكولوستروم، معرفة فوائد الرضاعة الطبيعية .

الجدول رقم 54 : مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة

المتغيرات	مدة الرضاعة الطبيعية	الرعاية الصحية بعد الولادة	الرعاية الصحية للمولود الجديد	بدايات الإرضاع	معرفة سائل الكولوستروم	معرفة فوائد الرضاعة الطبيعية
مدة الرضاعة الطبيعية	1 168	0,189 168	-0,216 168	-0,125 168	0,154 168	0,198 168

الخلاصة :

ما يمكن استنباطه من هذه النتائج، أن من بين العوامل الأكثر تأثيرا على سلوك الأمهات إزاء ممارسة الرضاعة الطبيعية هي الدراية بفوائد الرضاعة الطبيعية و قد رأينا في تحليلنا للجدول السابقة أن كل الأمهات بما فيها المتعلمة أو الغير متعلمة قد ذكرن فوائد كثيرة و التي لها نصيب كبير من الصحة مثل الرضاعة الطبيعية تحمي من الأمراض....و بالتالي فقد أعطين صورة في اتخاذ موقف ايجابي إزاء ممارسة الرضاعة الطبيعية ومن بين المتغيرات الأخرى التي أثرت على مدة الرضاعة الطبيعية هي الرعاية الصحية للأم بعد الولادة و منه يمكن القول بأن الإقبال على المتابعـة أثناء الحمل و بعـده يؤثـر على معارف الأمهات اتجاه الرضاعـة الطبيعيـة و ممارستها.

و نشير أيضا إلى أن الأمهات بدت أكثر تعطشا لمعرفة فوائد سائل الكولوستروم حيث اتضح وجود علاقة ارتباط موجبة و ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين مما يدل على أن الاتصال مع أصحاب الرعاية الصحية لم يكون وسيلة ناجعة لتبليغ رسالة تغذيـة الطفـل تغذية صحيحـة

و سليمة ونشير إلى أن هناك 25 % فقط من اللواتي تعرفـن على هذا السائـل المفيـد جـدا و بالتالي يجب تكثيف وسائل الإعلام لرفع مستوى التثقيف الصحي لدى الأم و التي سوف يؤثر على سلوكها و تحسيسها بالمحافظة على صحة طفلها و الإقبال أكثر على إرضاع طفلها بالحليب الطبيعي.

الفصل الثالث

مدى اقبال الأمهات
على ممارسة أنواع الرضاعة

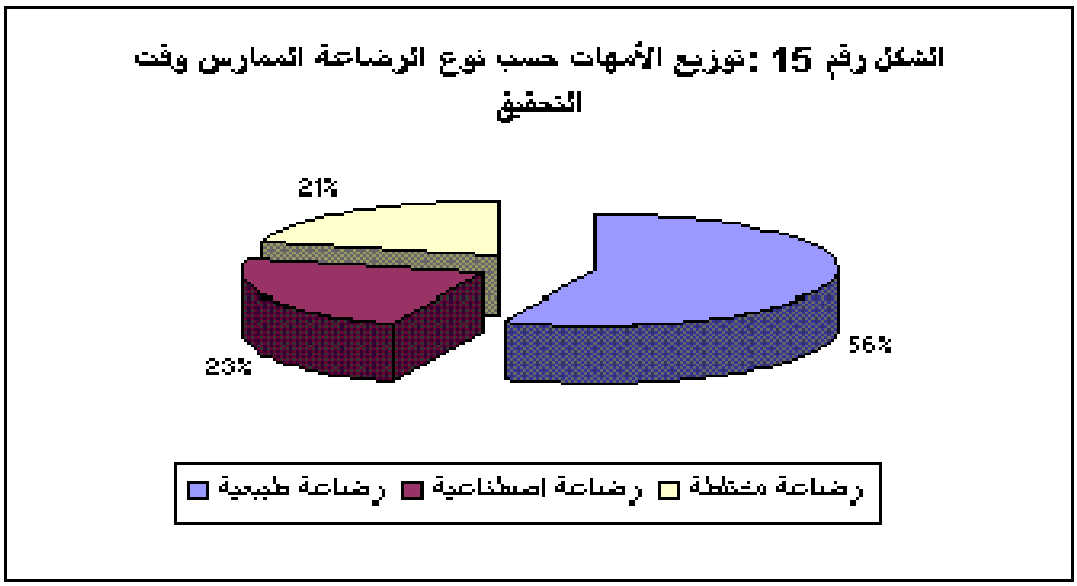
المبحث الأول : نوع الرضاعة الممارس و بعض المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية

قبل تحليل الجداول الخاصة بنوع الرضاعة الممارس و بعض المتغيرات التي نحاول ربطها مع نوع الرضاعة الممارس وقت البحث نذكر بمجتمع البحث الذي يتكون من النساء المتزوجات و اللائـي يتراوح سنهن ما بين 15-49 سنة و لديهن طفل دون السنتين من العمر و السؤال الذي طرح عليهن هو : حاليا هل طفلك يرضع ؟

- رضاعة طبيعية
- رضاعة اصطناعية
- رضاعة مختلطة

الجدول رقم 55 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس

نوع الرضاعة	التكـــرار	النســـبة
رضاعة طبيعية	168	56
رضاعة اصطناعية	69	23
رضاعة مختلطة	63	21
المجموع	300	100



الشكل رقم 15 :توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس وقت التحقيق

يتضح لنا من خلال الجدول و الشكل رقم 15، أن أكثر من النصف أي 56 % من الأمهات يمارسن[1] و الرضاعة طبيعية أما النسبة المتبقية فتمثلها الأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن

اصطناعيا بنسبة 23 % و 21 % بالنسبة للواتي يمارسن الرضاعة المختلطة و سوف نحاول الآن اختبار بعض المتغيرات التي نحاول ربطها مع نوع الرضاعة و المتمثلة في سن الأم، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، دخل الأسرة ونوع المسكن.

الجدول رقم 56 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس و سن الأم

نوع الرضاعة / سن الأم	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	1	100,00	-	-	-	-	1	100
24-20	18	69,20	5	19,20	3	11,5	26	100
29-25	39	53,40	19	26,00	15	20,5	73	100
34-30	53	57,00	15	16,10	25	26,9	93	100
39-35	39	52,00	21	28,00	15	20,0	75	100
44-40	53	53,30	9	30,00	5	16,7	30	100
49-45	2	100,00	-	-	-	-	2	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

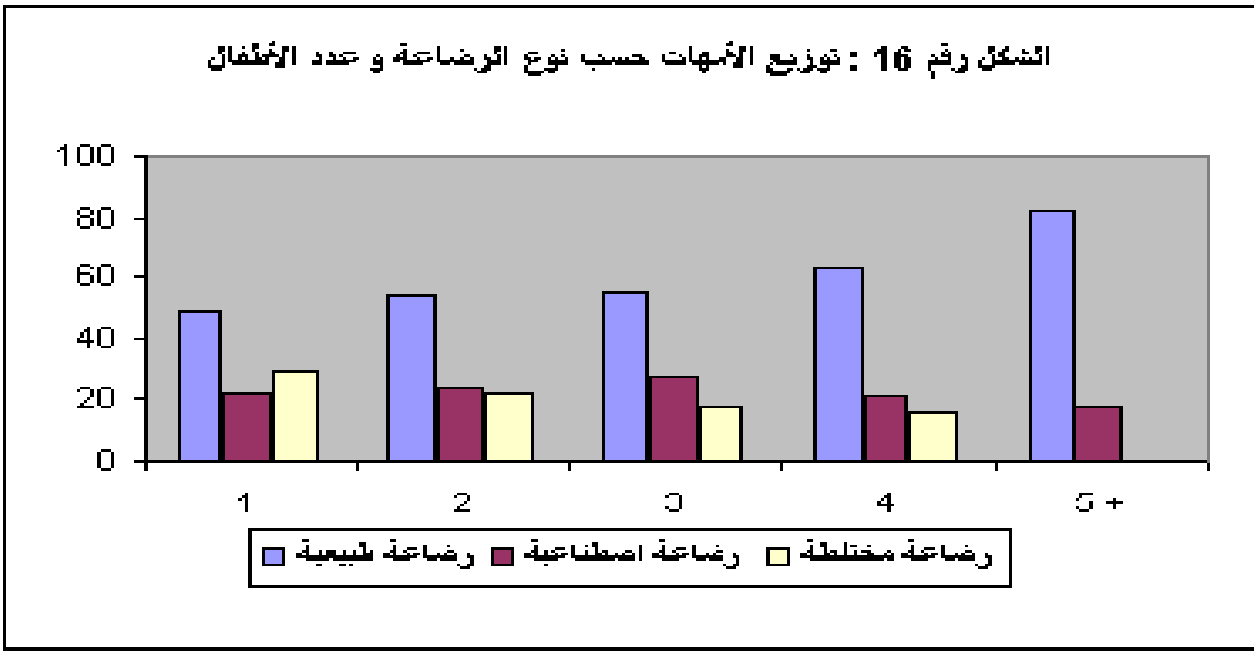
فمن خلال معطيات الجدول ،يتبين أن نسبة الرضاعة الطبيعية تزداد عموما كلما تقدم عمر الأم مما يدل على أن الإرضاع المتكرر يكسب خبرة الأم ، و من جهة أخرى هناك تذبذب في نسب الخاصة بالإرضاع الاصطناعي و المختلط فبالرغم من تقدم سن الأم نجدها تلجأ إلى الإرضاع الاصطناعي حيث بلغت النسبة عند الفئة البالغـة من العمـر ما بين 35-39 سنـة 28 % و تستمر في الارتفاع لتصل 30 % عند الفئة البالغة من العمر 40-44 سنة مقارنة بفئات السن الأخرى.

[1] La prévalence : Ensemble de femmes qui nourrissent (un nouveau-né ou un petit) avec son lait maternel dans une population donnée (dictionnaire encyclopédique op. cit.).

و التفسير الذي يمكن التوصل إليه هو أن هناك عدة أسباب تتدخل في ذلك ومن بينها عدم كفاية الحليب و رفض الطفل للثدي و سوف نتطرق إلى أسباب اللجوء إلى الرضاعـة الاصطناعيـة و المختلطة في الجداول اللاحقة.

الجدول رقم 57 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و عدد الأطفال

نوع الرضاعة / عدد الأطفال	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
1	45	48,90	20	21,70	27	29,30	92	100
2	43	53,80	19	23,80	18	22,50	80	100
3	34	54,80	17	27,40	11	17,70	62	100
4	27	62,80	9	20,90	7	16,30	43	100
5 و أكثر	19	82,60	4	17,40	-	-	23	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100



يتبين من خلال قراءتنا لمعطيات الجدول و ملاحظتنا للشكل رقم 16 أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي يرضعن طبيعيا حيث كلما زاد عدد الأطفال لدى الأم، كلما زادت نسبة ممارستها للرضاعة الطبيعية حيث بلغت 82,6 % عند الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر. و التفسير الذي يمكن أن نقدمه هو أن الإرضاع المتكرر و الولادات المتكررة يكسب الأم دراية عن قيمة حليبها، و كذا الولادات الأولى في حياة الأم تلعب دورا ،حيث أن الأم الصغيرة في السن تتسم بالخوف و القلق عند أول ولادة و بالتالي لا يحظى الصغير للإرضاع من ثدي الأم لعدم وعيها و خبرتها بأهمية الإرضاع الطبيعي. و منه فأن الخبرة تعد أساس التعلم فبارتفاع عدد الأطفال لدى الأمهات يجعلها تكتسب اتجاها يميل إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية.

أما بالنسبة للنسب الخاصة بالرضاعة الاصطناعية و المختلطة، فنلاحظ بصفة عامة أن النسب تكون مرتفعة عند الولادات الأولى تنخفض تدريجيا كلما ارتفع عدد الأطفال لدى الأم.

الجدول رقم 58 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و المستوى التعليمي للأم

نوع الرضاعة / المستوى التعليمي	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أمية	12	85,70	2	14,30	-	-	14	100
ابتدائي	25	80,60	4	12,90	2	6,50	31	100
متوسط	79	73,80	16	15,00	12	11,20	107	100
ثانوي	44	46,80	23	24,50	27	28,70	94	100
جامعي	8	14,80	24	44,40	22	40,70	54	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

تبين من الجدول أعلاه أن الرضاعة الطبيعية هي أ قل استعمالا عند الأمهات ذوات المستوى العالي 14,8 % أما الرضاعة الاصطناعية و المختلطة فنجدها أكثر ممارسة من طرفهن بحيث بلغت النسب على التوالي 44,4% و 40,7 %.

في حين نجد أن الأمهات اللواتي لم يتحصلن على أي قسط من التعليم أو حتى بالنسبة للائي لهن مستوى ابتدائي هن أكثر لجوءا إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية، و بالتالي كلما ارتفع المستوى التعليمي انخفضت ممارسة الرضاعة الطبيعية.

و التفسير الذي يمكن إضافته هو أن المستوى التعليمي يمنح للمرأة فرصا للعمل و بالتالي تصبح أكثر احتكاكا بالمحيط الخارجي عكس المرأة الماكثة بالبيت التي نجدها أكثر تفرغا و اهتماما بالأطفال و رعايتهم و بالتالي تغذيتهم طبيعيا.

ومنه يمكن القول أنه من خلال النتائج السالفة الذكر أن بالرغم من دراية الأمهات المتعلمات (مستوى ثانوي و أكثر) لفوائد الرضاعة الطبيعية و المدة الواجب إرضاعها إلا أننا نلاحظ الإقبال الكبير على الرضاعة الاصطناعية و المختلطة مقارنة بالمستويات التعليميـة الأخـرى و بالتالي فالأمهات اللائي لم يتحصلن على أي قسط من التعليم يقبلن على ممارسة الرضاعة الطبيعية أكثر من غيرهن و بالتالي فإن أثر التعليم امتد حتى على فترة الرضاعة الطبيعية.

الجدول رقم 59 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و الحالة المهنية للأم

نوع الرضاعة / الحالة المهنية	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تعمل	6	7,10	38	45,20	40	47,60	84	100
لا تعمل	162	75,00	31	14,40	23	10,60	216	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

في أول وهلة نلاحظ أن الرضاعة الطبيعية هي أقل استعمالا عند الأمهات العاملات مقارنة بالأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط، بحيث بلغت نسبة الأمهات العاملات اللاتي يرضعن طبيعيا 7,1%، أما نسبة الغير عاملات فقد قدرت بـ 75 % أما نمط الرضاعة الاصطناعية فنجد العكس ،فأكبر نسبة نجدها عند الأمهات العاملات 45,2 % بالمقابل نجد نسبة 14,4 % عند الأمهات اللاتي لا تشتغلن و نفس الشيء بالنسبة للائي يمارسن الرضاعة المختلطة، بحيث نجد أعلى نسبة 47,6 % عند الأمهات المشتغلات و أخفضها عند السيدات الماكثات بالبيوت

10,6 %, و نشير أنه إضافة إلى الوقت الغير الكافي للأم العاملة بسبب ظروف عملها و غيابها عن المنزل و استبدال الرضاعة الطبيعية بالرضاعة المختلطة و الاصطناعية، إلا أن هناك أسباب مختلفة حسب تصريحات الأمهات جعلتهن يلجأن إلى ذلك.

و يمكن إضافة دلالة أخرى و هي أن الرضيع الذي يرضع رضاعة طبيعية في الشهور الأولى يقيد الأم وأتذكر جيدا تصريح إحدى الأمهات و هي طبيبة مختصة التي أوقفت إرضاع ابنتها طبيعيا و هي لا تتجاوز شهرا و نصف من عمرها بسبب الاستعداد لعودتها إلى العمل مع العلم أن البنت رفضت الزجاجة و الأم أرغمتها على ترك الثدي نهائيا حتى تتعود على الزجاجة وهذا بالرغم من درايتها بأهمية الرضاعة الطبيعية.

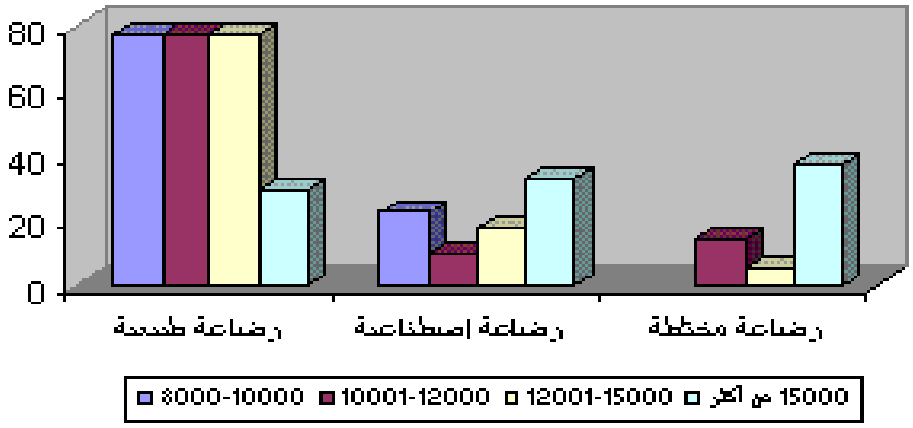
الجدول رقم 60 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و دخل الأسرة

نوع الرضاعة / الدخل	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
بدون دخل	6	37,50	6	37,50	4	25,00	16	100
ما بين 8000-12000	64	77,11	9	10,84	10	12,05	83	100
12001-15000	63	77,80	14	17,30	4	4,90	81	100
15000+	35	29,20	40	33,30	45	37,50	120	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

ما نلاحظه لأول وهلة و حسب الشكل رقم 17 هو أن الأمهات اللاتي تنتمين لأسر ذات دخل مرتفع أي أكثر من 15000 د.ج، تلجأن أكثر إلى ممارسة الإرضاع الاصطناعي و المختلط 33,3 % و37,5 %،على عكس الأسر ذات الدخل المنخفض حيث نجد مثلا أن هناك 77 % من الأمهات الأسر التي دخلها مابين 8000 و12000 د.ج ترضعن طبيعيا مقابل 10,8 % و 12% من اللاتي ترضعن رضاعة اصطناعية و مختلطة.

ما يمكن استخلاصه هو أنه كلما ارتفع الدخل، كان الاتجاه نحو الرضاعة الاصطناعية و المختلطة و كلما انخفض الدخل كان اتجاه النساء نحو الرضاعة الطبيعية.

الشكل رقم 17 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ودخل الأسرة



الجدول رقم 61 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و نوع المسكن

نوع الرضاعة / نوع المسكن	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
بيت قصديري	29	65,90	11	25,00	4	9,10	44	100
شقة	129	54,90	53	22,60	53	22,60	235	100
فيلا	10	47,60	5	23,80	6	28,60	21	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

فمن خلال بيانات الجدول رقم 61 يتضح لنا أن الأمهات اللاتي يسكن في البيوت القصديرية هن اللواتي يلجأن إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية (65,9 %) مقارنة بالأمهات اللاتي يسكن في شقق أو فيلات حيث بلغت نسبتهن على التوالي 54,9% و 47,6 %. و لقد أشار الدكتور محمد دقيش في رسالته و ذلك من خلال دراسته "مساهمة لدراسة الرضاعة الطبيعية"، أن الأطفال الذين يعيشون في أوساط فقيرة أو أحياء شعبية أو في عائلة لا يعمل فيها الأب يستفيدون من فترة رضاعة مطولة[1].

[1] Dekkiche Mohamed. Contribution à l'Etude de Prévalence de l'Allaitement Maternel, thèse de doctorat, Université d'Alger, 1974, p. 18.

كما يوضح لنا الجدول أيضا أن الأمهات اللواتي يسكن في شقق و فيلات يمارسن الرضاعة المختلطة بكثرة بحيث بلغت نسبتهن 22,6 % و 28,6 % مقارنة باللاتي تسكن في بيوت قصديرية (9,1 %) فقط.

الجدول رقم 62 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و عمر الطفل

نوع الرضاعة / العمر	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أقل من شهر	9	100	-	-	-	-	9	100
3-1	51	78,50	2	3,10	12	18,50	65	100
6-4	39	53,40	12	16,40	22	30,10	73	100
9-7	20	58,80	5	14,70	9	26,50	34	100
12-10	20	58,80	9	26,50	5	14,70	34	100
15-13	4	36,40	5	45,50	2	18,20	11	100
18-16	11	34,40	15	46,90	6	18,80	32	100
21-19	3	23,10	7	53,80	3	23,10	13	100
24-22	11	37,90	14	48,30	4	13,80	29	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

يتضح من الجدول رقم 62 أن نسبة الإرضاع الطبيعي مرتفعة عند الفئة من الأطفال الذين يتراوح أعمارهم ما بين 1 و 3 أشهر بنسبة 78,5 % و من الطبيعي جدا أن نجد تلك النسب تنخفض بعد ذلك بارتفاع سن الطفل لأن الأم بعد ذلك تقوم بإدخال الأطعمة الإضافية مع الاستمرار في الإرضاع، كما نشير إلى أن هناك 38 % من الأمهات اللاتي ما زلن يرضن أطفالهن وهم ينتمون إلى الفئة الأخيرة من السن الطفل أي ما بين أي 22-24 سنة .

فيما يخص النوع الآخر من الرضاعة و المتمثل في الرضاعة الاصطناعية ، فنجد عموما أن النسب تزداد بارتفاع سن الطفل لأن الطفل يدخل في مرحلة الفطام في سن معين و الأم التي

ترضع طفلها اصطناعيا تلجأ إلى إدخال الأطعمة التكميلية مبكرا جدا، لأن الحليب الاصطناعي ليس بغذاء كامل على عكس الحليب الطبيعي الذي يوصى به إلى غاية 06 أشهر من عمر الطفل و نشير إلى أن نسبة الأطفال الذين فطموا في عينتنا و عمرهم لا يتجاوز 04 أشهر بلغت 33,3 % و كانت بطريقة فجائية مقابل 66,7 % بطريقة تدريجية.

فيما يتعلق بالرضاعة المختلطة، فنلاحظ عموما تذبذب نوعا ما في النسب التي لا يمكن تفسيرها ولكن الشيء الوحيد الذي يمكن التوصل إليه هو أن سبب الوحيد في اللجوء إلى الرضاعة المختلطة سواء بالنسبة للأمهات العاملات أو الغير عاملات حسب تصريحاتهن هو عدم كفاية الحليب الطبيعي.

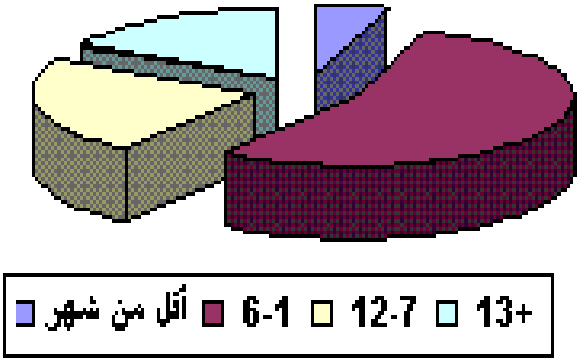
المبحث الثاني : مدة الرضاعة الطبيعية و بعض المتغيرات و الديمغرافية

الجدول رقم 63 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية

مدة الإرضاع	التكـــرار	النســـبة
أقل من شهر	9	5,40
6-1	91	54,20
12-7	39	23,20
+13	29	17,20
المجموع	168*	100

*168 هو عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية وقت البحث.

الشكل رقم 18 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية



من خلال معطيات هذا الجدول و الشكل رقم 18 يتضح لنا أن نسبة 54,2 % يمثلها الرضع الذين أرضعوا لمدة 06 أشهر في حين نسبة 23,2 % هي من نصيب الذين أرضعوا لمدة من 7 إلى 12 أشهر، ثم تليها نسبة الأطفال الذين أرضعوا أكثر من 13 أشهر (17,2 %) و نشير إلى أن هناك 5,4 % من الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية و هي فئة المولودين الجدد و أعمارهم لا يتجاوز شهرا واحد, و للإشارة أن هؤلاء الأطفال ما زلوا يرضعون وقت المسح، كما نلاحظ عموما أن ابتداء من المدة ما بين 1 و 6 أشهر تبدأ النسب في الانخفاض تدريجيا و هذا منطقي

جدا لأن في هذه المرحلة يتلقى الرضيع الغذاء الإضافي كما أن الطب الحديث اليوم ينادي جميع الأمهات بإرضاع أطفالهن منذ الولادة إلى غاية 06 أشهر لكن بعد هذه المدة يصبح الحليب الطبيعي غير كافيا لهذا على الأم إدخال بعض الأطعمة التكميلية التي تفيد الطفل في نموه صحيا و عقليا و جسمانيا.

الجدول رقم 64 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية ورتبة المولود

المدة / رتبة المولود	أقل من شهر		6-1		12-7		13+		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
1	5	11,10	29	64,40	6	13,30	5	11,10	45	100
2	1	2,30	24	55,80	11	25,60	7	16,30	43	100
3	3	8,80	17	50,00	6	17,60	8	23,50	34	100
4	-	-	11	40,70	12	44,40	4	14,80	27	100
+5	-	-	10	52,60	4	21,10	5	26,30	19	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

إن رتبة المولود تعد من المتغيرات الديمغرافية التي لها أثرا فعالا على سوء التغذية ، فالأطفال الذين يولدون بين الولادة السابقة لأمهاتهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية نتيجة تقلص مدة الرضاعة الطبيعية و استبدالها بغذاء آخر لا يكفي متطلبات الطفل إذا كان الرضيع لا يتجاوز 06 أشهر و كانت فترة قصيرة بين الولادات ،حيث يكون الوضع الصحي و التغذوي للأم رديء نوعا ما نتيجة عدم استيراد الأم لحالتها الطبيعية.

يتضح من الجدول رقم 66 أن الأطفال على العموم يرضعون لفترة تتراوح ما بين 1 و 6 أشهر بالنسبة للأطفال ذو المراتب الأولى و الثانية بنسبة 64,4 % و 55,8 % على التوالي و تنخفض بعد ذلك النسب تدريجيا إلى أن تصل 40,7 % عند الأطفال ذوي المرتبة الرابعة و إلى 52,6 % عند الأطفال ذوي المرتبة الخامسة و للإشارة أن فترة الإرضاع الممتدة ما بين

1 و 6 أشهر هي الفترة التي يتم فيها الفطام و استبدال حليب الأم بأسلوب و مواد غذائية تتأثر بالوضع الاقتصادي و الاجتماعي للأم .

أما فترة الإرضاع ما بين 7 و 12 أشهر فنلاحظ أن النسب متذبذبة بحيث تصل أقصاها إلى 44,4 % عند الأطفال ذو المرتبة الرابعة الذين كانوا لهم الحظ الأوفر في الإرضاع مقارنة بالأطفال في المراتب الأولى و الثانية و الثالثة وتنخفض بعد ذلك النسبة إلى 21 % و هذا راجع لكون أن عدد الأطفال في المرتبة الخامسة هو ضئيل جدا بحيث بلغ 4 أطفال من بين 19 طفل. و التفسير الذي يمكن أن نقدمه و انطلاقا من أنه كلما تقدمت رتبة المولود ارتفعت نسبة الإرضاع هو أن بصفة عامة أن الأم عند أول ولادة تتسم بالخوف و القلق باعتباره أول تجربة في حياتها بحيث لا تملك الخبرة الكافية و الوعي اللازم بأهمية الرضاعة الطبيعية و إلى غياب التربية الصحية أيضا.

و يمكن تفسير التذبذب في مدة الرضاعة بالنسبة المراتب الأخيرة من الولادات بالرغم من تقدم في السن هو أن هناك عدة عوامل تتدخل في ذلك و من بينها عدم كفاية الحليب، الأم تعمل، رفض الطفل للثدي ....

الجدول رقم 65 : توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و سنهن عند الزواج

المدة / السن عند الزواج	أقل من شهر		1-6		7-12		+12		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	1	3,80	15	57,70	7	26,90	3	11,50	26	100
24-20	3	5,10	31	52,50	20	33,90	5	8,50	59	100
29-25	3	4,80	36	57,10	9	14,30	15	23,80	63	100
34-30	2	12,50	7	43,80	3	18,80	4	25,00	16	100
39-35	-	-	2	50,00	-	-	2	50,00	4	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

في أول وهلة، يتضح لنا أن أكثر من نصف النساء (54,2 %) قد أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية لمدة 06 أشهر، 23,2 % قد أرضعن لمدة تتراوح ما بين 7 إلى 12 أشهر ،17,3 % أرضعن لمدة تفوق السنة و 5,4 % أرضعن لمدة أقل من شهر و هي فئة المولودين الجدد, و باعتبار أن مدة الرضاعة الطبيعية في الجزائر تفوق السنة في مختلف المسوحات (أنظر نتائج مختلف المسوحات في الفصل الخاص بالدراسات السابقة) .

فمن خلال بيانات الجدول يتبين لنا أن هناك اختلافات واضحة في توزيعات فترات الرضاعة الطبيعية حسب سن الزواج عند الأم، حيث ترتفع مدة الإرضاع على العموم بارتفاع السن عند الزواج حيث بلغت 11,5 % في فئة العمر 15-19 سنة و يعتبر الطفل الأول لهؤلاء الأمهات، ثم تنخفض إلى 8,5 في فئة 20-24 سنة و من المفروض أن النسبة تستمر في الارتفاع لكن بعد ذلك ترتفع النسبة ابتداء من فئة السن 25-29 سنة (23,8 %) إلى غاية 50 % عند الفئة 35-39 سنة.

ما يمكن قوله هو أن الطفل الأول يرضع فترة قصيرة لأنه يعتبر أول تجربة في حياة الأم خاصة إذا كان سن الأم عند أول زواج مبكرا حيث الأم في تلك الفترة تحتاج إلى من يشجعها و يبث فيها الراحة و الاطمئنان. و ما يمكن إضافته و بالرغم من الولادات المتكررة و الإرضاع المتكرر و الدراية لكيفية الإرضاع بالنسبة للأمهات اللاتي تنتمين إلى الفئات المتأخرة من السن أو حتى الوسطى منها و هذا فما يتعلق بفترات الإرضاع ما بين 1 و 6 أشهر و ما بين 7 و 12 أشهر إلا أنه نجد أن هناك نسب متذبذبة نوعا ما حيث نجد أن النسب تارة مرتفعة و تارة أخرى منخفضة و حسب تصريحات الأمهات و بالرغم من رغبتهن في إتمام أطول مدة ممكنة و هي 24 شهرا، إلا أن هناك عوامل تمنعهن من أن تصلن إلى أقصى مدة ممكنة.

الجدول رقم 66 : توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و العمر عند الولادة

المدة / العمر عند الولادة	أقل من شهر		6-1		12-7		+12		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
19-15	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
24-20	2	9,50	10	47,60	8	38,10	1	4,80	21	100
29-25	1	2,60	27	69,20	6	15,40	5	12,80	39	100
34-30	4	7,50	30	56,60	12	22,60	7	13,20	53	100
39-35	2	5,10	17	43,60	9	31,10	11	28,20	39	100
40-44	-	-	7	50,00	4	28,60	3	21,40	14	100
45-49	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

ما نلاحظه على العموم من خلال بيانات الجدول رقم 66 هو أن أكبر نسبة هي التي نجدها تتمركز عند فئة الأمهات اللواتي يتراوح أعماهن عند الولادة ما بين 35-39 سنة حيث بلغت 28 %، و هي فترة ارتفاع مخاطر الحمل، كما يظهر الجدول تغيرات ملحوظة بين مختلف الأجيال من الأمهات، حيث نلاحظ مثلا أن مدة الرضاعة المطولة أي التي تفوق السنة ترتفع بارتفاع العمر عند الولادة، بحيث بلغت أدنى نسبة لمدة الإرضاع الطبيعي لدى الأمهات اللاتي أنجبن في أعمار مبكرة في فئة العمر 20-24 سنة 4,8 % لتصل إلى 28 % و 21 % في أعمار متأخرة من الولادة وهي 35-39 سنة و 40-44 سنة و ما يمكن قوله أن إرضاع الطفل بحليب الأم هو على درجة بالغة من الأهمية لأن احتمال الإرضاع يكون قويا جدا لدى الأم التي أرضعت طفلا سابقا، و يقل هذا الاحتمال عند الأم التي ترضع طفلها الأول يندر أن ترضع

الأطفال الآخرين، إذن تعمل الأمهات على توسيع مدة الرضاعة الطبيعية كلما تقدمن في العمر عند الولادة[1] .

الجدول رقم 67 : توزيع الأمهات حسب مدة إرضاعه الطبيعية و عمر الطفل

المدة / عمر الطفل	أقل من شهر		6-1		12-7		12+		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أقل من شهر	9	100	-	-	-	-	-	-	-	100
6-1	-	-	90	100	-	-	-	-	90	100
12-7	-	-	-	-	39	97,50	1	2,50	40	100
18-13	-	-	-	-	-	-	15	100	15	100
23-19	-	-	1	7,10	-	-	13	92,90	14	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

من خلال معطيات الجدول ،يتبين أن لنا أن الأغلبية الساحقة من الأطفال الذين يتراوح أعمارهن ما بين 7 و 12 أشهر أرضعن لمدة ما بين 7 و 12 أشهر و نشير أيضا إلى وجود نسبة مرتفعة من الأطفال الذين لا يزالوا يرضعون وقت البحث و هم في عمر يتراوح ما بين 19 و 23 شهر لمدة تفوق السنة بنسبة 93 % مما يدل على أن السن عند الولادة بالنسبة للأم الكبيرة في السن التي لها أطفال مقارنة بالأم الصغيرة يلعب دورا في الإقبال على الرضاعة الطبيعية و بالتالي الاستمرار فيه لمدة مطولة، وهذا ما توصلنا إليه في الجدول السابق، فمثل هؤلاء الأمهات لا يحتجن إلى تلقي تشجيعات و لا نصائح لأنهن واعيات بأهمية الإرضاع إلا إذا تدخلت عوامل أخرى تسببت في تقلص المدة، و حتى عندما يصل الطفل إلى سن معين، فهن يعلمن جيدا بأن حليب الأم يصبح غير كافيا مما يؤدي بهن إلى إضافة أطعمة أخرى مع الاستمرار دائما في الإرضاع.

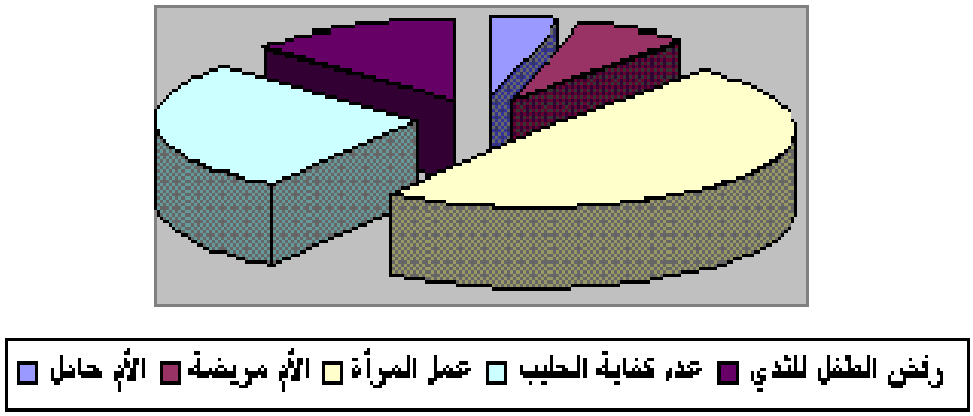
[1] فايز قنطار، الأمومة : نمو العلاقة بين الطفل و الأم، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب، الكويت، 1992، ص 90.

المبحث الثالث : ممارسات الأمهات للرضاعة الاصطناعية و المختلطة

جدول رقم 68 : توزيع الأمهات حسب أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية و اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية

أسباب التوقف عن الإرضاع الطبيعي	التكـــرار	النســـبة
الأم حامل	3	4,30
الأم مريضة	5	7,20
عمل المرأة	33	48,00
عدم كفاية الحليب	19	27,50
رفض الطفل للثدي	9	13,00
المجموع	69*	100
69* هو عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية في مختلف الأعمار وقت البحث.		

الشكل رقم 19 : توزيع الأمهات حسب أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية



لقد قمنا بطرح سؤال يتعلق بالأسباب التي أدت بالأمهات إلى التوقف عن الرضاعة الطبيعيـة و اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية، فحسب بيانات الجدول رقم 68 و الشكل رقم 19 بتين لنا أن الأغلبية الساحقة من الأمهات صرحن بأن السبب الرئيسي يعـود بسبب عـودتها إلى العمل

(48 %)، و نشير إلى أن تلك النساء لا تتجاوز مدة الإرضاع 03 أشهر و هذا بسبب عطلة الأمومة التي مدتها 98 يوما و بانتهاء هذه المدة تبدأ الأم في الإنقاص من إعطاء الثدي لطفلها تدريجيا و تعوضه بالرضاعة الاصطناعية أو المختلطة ، وفي بعض الأحيان ترغم طفلها على التخلي عن الإرضاع نهائيا و تجعله يتعود على الزجاجة تدريجيا و هذا ما صرحت به لنا إحدى المستجوبات و هي طبيبة مختصة و على وعي تام بمزايا الرضاعة الطبيعية و هذا شيء مؤسف للغاية, ومن الأسباب أيضا هي عدم كفاية الحليب (27,5 %) ،رفض الطفل للثدي بسبب تعوده على الزجاجة (13 %)، الأم مريضة (7,2 %) و الأم حامل (4,3 %)، كما نشير إلى أن الدراسات الأخيرة في مجال الطب و تغذية الطفل أثبتت أن الأم باستطاعتها الإرضاع من ثديها بالرغم من أنها حامل.

و سوف نتعرض في هذا الجدول إلى عمر الطفل عندما بدأ يتلقى الإرضاع الاصطناعي :

الجدول رقم 69 : توزيع الأمهات حسب عمر الطفل عندما بدأ يتلقى الرضاعة الاصطناعية

عمر الطفل	التكـــرار	النســـبة
1-0	13	18,60
6-2	42	61,00
12-7	4	5,80
+13	10	14,60
المجموع	69	100

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن معظم الأطفال (61 %) بدؤوا يتلقون الرضاعة الاصطناعية و عمرهم يتراوح ما بين 2 و 6 أشهر، تليها نسبة 18,6 % من الذين تلقوا الرضاعة الاصطناعية مبكرا جدا و عمرهم لا يتجاوز شهرا واحدا ، وفي الأخير نلاحظ أن هناك 14,6 % من فئة الرضع الذين تلقوا الرضاعة الاصطناعية و عمـرهم يفـوق السنـة و يعود السبب إلى عدم كفاية حليب الأم ورفض الطفل للثدي.

و هناك نقطة مهمة جدا لا بد من الإشارة إليها و هي أن كل أم قادرة على الإرضاع مهما كانت ظروفها المادية و الاجتماعية و أن سلامة العلاقة بين الأم و الطفل بعد الولادة و نجاح عملية

ممارسة الرضاعة الطبيعية يتوقف على الأيام الأولى بعد الولادة مباشرة لهذا على الأم إعطاء الثدي للرضيع عند الطلب و تبعا لحاجاته و لا يجب التقليل من عدد مرات الرضاعة أو تقصير فتراتها أو إعطاء الزجاجة.

إن نسبة الأطفال الذين يتلقون الرضاعة المختلطة[1] بلغت 21 % و قد قمنا بطرح السؤال التالي على الأمهات : هل كمية الحليب الطبيعي مساوية، أكبر أو أقل من الحليب الاصطناعي ؟

الجدول رقم 70 : توزيع الأمهات حسب كمية الحليب الطبيعي المعطاة للطفل مقارنة بالحليب الاصطناعي

عمر الطفل	التكـــرار	النســـبة
الكميتان متساويتان	3	4,76
كمية الحليب الطبيعي أكبر	16	25,40
كمية الحليب الطبيعي أقل	44	69,84
المجموع	**63***	**100**
***63 هو عدد الأطفال الذين يرضون رضاعة مختلطة في مختلف الأعمار وقت البحث.**		

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم 70 أن الأغلبية من الأمهات صرحن بأن كمية حليبهن الطبيعي أقل من الحليب الاصطناعي (69,84 %) وهذا ما أدى بهن إلى ممارسة الرضاعة المختلطة ، تليها نسبة 25,4 % من اللواتي صرحن بأن كمية الحليب الطبيعي أكبر من الحليب الاصطناعي و البقية تمثله الأمهات اللاتي صرحن بأن الكميتين متساويتين (4,76 %), كما نشير إلى أن التفريغ المنتظم للثدي يحفز إفراز الحليب حيث إذا كان هناك تقليل لعدد مرات الرضاعة يؤدي هذا إلى رد فعل المنعكس لإدرار الحليب الطبيعي و بالتالي تقليل من حافز الرضاعة و هذا ما يجعل كمية الحليب أكبر من الحليب الاصطناعي و هذا ما لا تعلمه الكثيرات من الأمهات و خاصة الصغيرات منهن.

[1] Il y a des cas où l'enfant n'a pas assez de lait de sa maman ; il faut alors lui donner en plus, à titre transitoire ou définitif, du lait artificiel. C'est ce régime de deux laits que l'on appelle l'allaitement mixte (Laurence Pernoud), J'élève Mon Enfant, Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, édition 1992, p. 95.

تحليل الفرضية الثالثة باستخدام معامل الارتباط :

لمعرفة تأثير بعض المتغيرات المستقلة على المتغير التابع قمنا بربط المتغير التابع و المتمثل في مدة الرضاعة الطبيعية مع بعض المتغيرات المستقلة و المتمثلة في عدد الأطفال، العمر عند الزواج، العمر عند الولادة، سن الأم و سن الطفل.

الجدول رقم 71 : مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة

المتغيرات	مدة الرضاعة الطبيعية	عدد الأطفال	العمر عند الزواج	العمر عند الولادة	سن الأم
مدة الرضاعة الطبيعية	1 168	0,201 168	0,087 168	0,152 168	0,908 168
عدد الأطفال	0,201 168	1 300	-0,276 300	0,496 300	0,100 300
العمر عند الزواج	0,087 168	-0,276 300	1 300	0,431 300	0,091 300
العمر عند الولادة	0,152 168	0,496 300	0,431 300	1 300	0,106 300
سن الأم	0,908 168	0,100 300	0,091 300	0,106 300	0,160 300

الخلاصة :

حسب ما رأيناه و يمكن استخلاصه هو أن سن الأم من المتغيرات التي أثرت بقوة على ممارسة الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة لكون أنه كلما كانت الأم صغيرة في السن كلما تتسـم بالخوف و القلق و هذا ما يؤثر على إدرار الحليب الطبيعي لديها لنقص تجربتها و خاصة إذا كان الطفل أول تجربة في حياتها و العكس صحيح بالنسبة للأم الكبيرة في السن والتي لها دراية كافية بأهمية الإرضاع و تربية الأطفال و هذا ما يحفز الأم انتهاج طرق أحسن من الطرق التي انتهجتها في السابق و هذا ما يتماشى مع فرضيتنا التي مفادها أن تقدم الأم في السن مع اكتسابها الخبرة في الإنجاب يجعلها تلجأ أكثر إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة. أما بالنسبة

للمتغيرات الأخرى فبالرغم من تصريحات الأمهات و اتجاهاتهن الايجابي إزاء ممارسة الرضاعة الطبيعية إل أن هناك عوامل تمنع الأم من أن تصل إلى أقصى مدة كعدم كفاية الحليب الطبيعي، عمل المرأة ... و هذا ما تدل عليه نتائج الجدول و نعني بهذا وجود علاقة ارتباط موجبة و ضعيفة نوعا ما بين المتغير التابع و المتغيرات المستقلة.

الفصل الرابع

دور المحيط الأسري في اختيار نوع الرضاعة

المبحث الأول : مدى فعالية حجم الأسرة على إقبال الأم لإرضاع طفلها طبيعيا

إن موقف الأم نحو الرضاعة الطبيعية و موقف الوسط الذي تعيش فيه الأم التي ترضع مهم لنجاح هذه العملية و قد أضاف JELLIF و LALECHE و LADAS أن هناك عاملين مشجعان للرضاعة وهما المعرفة و الدعم الاجتماعي[151].

الجدول رقم 72 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ونوع الأسرة

نوع الرضاعة / نوع الأسرة	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أسرة نووية	71	46,10	47	30,50	36	23,40	154	100
أسرة ممتدة	97	66,40	22	15,10	27	18,50	146	100
المجموع	168	56,00	69	23,00	63	21,00	300	100

من خلال معطيات الجدول رقم 72 يتضح لنا أن الأمهات اللواتي تقطن في أسرة ممتدة ترضعن بنسبة 66,4 % مقابل 46 بالنسبة للائي للواتي يقطن في أسرة نووية, و من جهة أخرى يظهر لنا أن الأمهات اللاتي تنتمين إلى أسرة نووية يتجهن إلى الرضاعة الاصطناعيـة (30,5 %) و الرضاعة المختلطة (23,4 %) مقارنة بالأمهات اللاتي تنتمين إلى أسرة ممتدة، حيث بلغت النسب على التوالي 15 % و 18,5 %، بالنسبة للاتي تسكن في أسرة ممتدة، و هذا ربما راجع إلى الجو العائلي الذي تعيش فيه الأم حيث يكون لها فرصة أكبر للملاحظة و التعلم و لأن الوسط الذي ينشأ فيه الفرد يؤثر على اتجاهاته و خبرته و خاصة و إذا كانت الأم صغيرة في السن و ليس لها الخبرة الكافية، فالأم هنا بحاجة لهذا الدعم عند أول ولادة ومن المحتمل أن

[151] Mohamed Dekkiche : Contribution à l'Etude de Prévalence de l'Allaitement Maternel, op. cit., p. 15.

تتسم بالخوف و القلق و من خلال الأحاديث العامة للمجتمع و أسرتها تتسم قدرا من الراحـة و الثقة بالنفس[152] .

و التفسير الذي يمكن إضافته هو أن الترابط الأسري يتيح فرصة مستمرة للبنات عن طريق المعرفة و الملاحظة فتنشأ البنت و هي تحمل سلوك ايجابي اتجاه الإرضاع و منه حدث ما يسمى بعملية التنشئة الاجتماعية و يمكن القول بأن اختلاف ممارسات الإرضاع يرجع إلى الدور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية بالإضافة إلى التوعية الصحية.

و هذا ما صرحت به لطيفة فهد في كتابها "الرضاعة الطبيعية" : كان لنظام العائلة الكبيرة المترامية الأطراف و للحياة الأسرية المتماسكة الفضل في تعرف أفراد الأسرة على ديناميكية الرضاعة الطبيعية و يكبر الشخص البالغ و هو على اقتناع تام و على اتجاه ايجابي نحو الرضاعة الطبيعية[153].

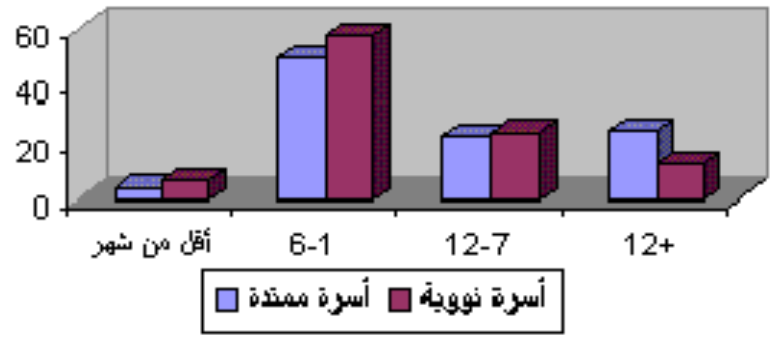
الجدول رقم 73 : توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة الطبيعية ونوع الأسرة

المدة / نوع الأسرة	أقل من شهر		6-1		12-7		12+		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أسرة نووية	3	4,20	35	49,30	16	22,50	17	23,90	71	100
أسرة ممتدة	6	6,20	56	57,70	23	23,70	12	12,40	97	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

[152] فهد لطيفة، الرضاعة الطبيعية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 1983، ص 46.

[153] نفس المرجع السابق، ص 36.

الشكل رقم 20 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و نوع الأسرة



من خلال معطيات هذا الجدول و الشكل رقم 20، يتبين أن الاتجاه العام يتجه نحو الأطفال الذين أرضعوا لمدة ما بين 1 و 6 أشهر (54 %) و عند إدخال متغير نوعية الأسرة يتبين لنا أن نسبة الأمهات اللواتي يقمن في أسرة ممتدة أرضعوا بنسبة 57,7 % و 49 % بالنسبة للاتي تقمن في أسرة نووية. أما فيما يتعلق بالمدة ما بين 7 و 12 أشهر، فنلاحظ أنه ليس هناك اختلافا كبيرا في النسب في كلتا الأسرتين.

فيما يخص الأطفال الذين أرضعوا لمدة تفوق السنة فقد بلغت النسبة ب 24 % مقابل 12.4 % و هي تخص الأطفال المقيمين في أسر ممتدة و هذا الاختلاف في هذه النسب الأخيرة لا ينفي القول بأن الأم في الأسرة الصغيرة الحجم لا تجد الدعم و الإرشاد من طرف أفراد أسرتها كالأم أو الحماة حتى و لو كانت لا تعيش معها و هذا ما صرحن به الكثير من الأمهات اللائي يعشن في وسط عائلي محدود العدد و هناك من الأمهات اللائي تلقين التشجيع من طرف الزوج أو من طرف طبيب الأطفال . و يمكن القول بأن هذا ربما راجع للخبرة التي تكتسبها الأم و دور الأسرة و البيئة الذي يعتبر من أهم عوامل التغير الاجتماعي إذ مـن خلالـه تكتسب الأم أنماط و سلوكات صحية جديدة نتيجة التفاعل الاجتماعي، و منه حدث ما يسمى بعملية التطبيع الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية، و تعتبر هذه الأخيرة عملية مستمرة من المهد إلى اللحد.

الجدول رقم 74 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ، نوع الأسرة و الحالة المهنية للأم

نوع الرضاعة / الحالة المهنية / نوع الأسرة		رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
		ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
النووية	تعمل	2	3,60	26	47,30	27	49,10	55	100
	لا تعمل	69	69,70	21	21,20	9	9,10	99	100
المجموع		71	46,10	47	30,50	36	23,40	154	100
الممتدة	تعمل	4	13,8	12	41,40	13	44,80	29	100
	لا تعمل	93	79,5	10	8,50	14	12,00	117	100
المجموع		97	66,40	22	15,10	27	18,50	146	100
المجموع		168	56	69	23	63	21	300	100

يظهر لنا الجدول رقم 74 أن عند إدخالنا لمتغير نوع الأسرة على نوعية الإرضاع أن الأمهات اللاتي تنتمين إلى الأسر الممتدة تقبلن على الإرضاع الطبيعي أكثر من اللواتي ينتمين إلى الأسر النووية أي 66,4 % مقابل 46 %، أما بالنسبة للإرضاع الاصطناعي، فنلاحظ أن الأمهات اللاتي ينتمين لأسر نووية هن اللواتي يلجأن إلى الإرضاع الاصطناعي بنسبة 30,5 % مقابل 15 % و الفرق في النسب يرجع إلى الدور الأساسي الذي يلعبه أفراد الأسرة الممتدة في تشجيع الأم على الإرضاع الطبيعي و الاستمرار فيه لمدة مطولة، و العكس بالنسبة للأم التي تعيش في أسرة نووية.

و للتأكد من صحة ما قلناه قمنا بإدخال متغير ثالث و هو متغير الرائز الذي يتمثل في الحالة المهنية للأم. نلاحظ أن هناك اختلافات كبيرة في النسب على مستوى كل أنواع الرضاعة، حيث بلغت نسبة الأمهات اللاتي يعملن و يرضعن اصطناعيا و يقمن في أسر نووية بـ 47 % مقابل 3,6 % من اللاتي يرضعن طبيعيا، في حين الأمهات اللاتي لا تعملن و تنتمين لنفس الأسر أي

الأسرة النووية تقبلن على الإرضاع الطبيعي بنسبة 69,7 % مقابل 21 % بالنسبة للواتي يرضعن اصطناعيا و من جهة أخرى و عموما نجد أن أغلبة الأمهات التي تعملن و تنتمين إلى الأسر الممتدة يلجأن أكثر إلى ممارسة الرضاعة الاصطناعية و المختلطة مقارنة بنسب الأمهات اللاتي تنتمين إلى الأسر النووية لأن هؤلاء الأمهات لا يتلقين المساعدة من حيث الاهتمام بالطفل و تغذيته على عكس الأم التي تعيش في الأسرة الممتدة لهذا تضطر في أغلب الأحيان إلى إعطاء الرضاعة .يمكن القول أن طبيعة الأسرة و عمل الأم يؤثر على نوع الإرضاع لأن أفراد الأسرة الممتدة دور في تشجيع الأم على القدوم على الرضاعـة الطبيعيـة و منه فالعمل يخفض من نسبة المرضعات طبيعيا بسبب الوقت الذي تقضيه الأم خارج بيتها مما لا يتيح لها الفرصة و الوقت الكافي لإرضاع طفلها و بالتالي يؤدي بها إلى اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية و المختلطة و منه فالمحيط الذي تعيش فيه الأم يهتم بالمرضعة و نوع الغذاء الواجب تناوله و بالتالي فالسلوك الذي تسلكه الأم هو نتيجة لعلاقاتها و احتكاكها مع الأشخاص الذين يحيطون بها.

الجدول رقم 75 : توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية والأشخاص المشجعون للرضاعة الطبيعية

المدة / الأشخاص	أقل من شهر		1-6		7-12		+12		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الحماة	3	4,90	33	54,00	15	24,60	10	16,40	61	100
السلفة	-	-	4	66,60	1	16,70	1	16,70	6	100
الأم	3	5,90	29	56,90	8	15,70	11	21,50	51	100
الزوج	3	10,00	18	60,00	5	16,70	4	13,30	30	100
طبيب الأطفال	-	-	4	54,10	2	28,60	1	14,30	7	100
لا أحد	-	-	3	23,07	8	61,53	2	15,40	13	100
المجموع	9	5,40	91	54,20	39	23,20	29	17,30	168	100

حسب بيانات الجدول رقم 75، يبدو أن أكبر نسبة تمثلها الأمهات اللاتي أرضعن لمدة 1 و 6 أشهر و المشجعات من طرف السلفة بنسبة 66,6 % تليها على التوالي : طبيب الأطفال، الأم، الزوج ثم الحماة, أما فيما يتعلق بالمدة المتراوحة ما بين 7 و 12 أشهر، فنجد أن الأمهات اللاتي تلقين الإرشاد من طرف أشخاص آخرون لا يدخلون في التشكيلة الأسرية و هو طبيب الأطفال بنسبة 28,6 % تليها 24,6 % من اللاتي تلقين التشجيع من طرف الحماة، ثم السلفة مع الزوج بنسبة 16,7 % و 15,7 % من اللاتي تلقين الدعم من طرف الأم.

و في الأخير و فما يخص أطول مدة للإرضاع و المتمثلة في سنة و أكثر، نجد أن الأم تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 21,5 % تليها كل من السلفة (16,7 %) و الحماة (16,4 %) و في الأخير نجد نسبة 13,3 % من الأمهات اللائي تلقين الإرشاد من طرف أزواجهن و هي نسبة ضئيلة مما يدل على أن الزوج لا يعطي الأهمية الكبيرة للرضاعة الطبيعية بحيث يراها من اهتمامات الأم و نشير إلى أن هناك 15,4 % من الأمهات اللائي أرضعن لمدة تفوق السنة و لم يتلقين التشجيع من أحد.

و من خلال ما سبق نلاحظ أن الأمهات اللاتي أرضعن لمدة ما بين 1 و 6 أشهر هن الأغلبيـة (91 أما) مهما كان مشجعهم و هذا يرجع إلى كون عينة بحثنا يغلب عليها الأطفال في سـن 1 و 6 أشهر و ما عدا هذا فإننا نلاحظ أن للأسرة الكبيرة العدد أثر على إقبال الأم على الإرضاع الطبيعي و لمدة مطولة. و يمكن القول بأن مساعدة و إرشاد الأم تكون من طرف الأفراد المحيطين بها و يكون دعمها و تشجيعها من طرف الحماة و الأم أي الأمهات الكبيرات في السن لأن لديهن خبرة و دراية كاملة حول موضوع الإرضاع الطبيعي.

الجدول رقم 76 : توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والأشخاص الذين يرعون الطفل عند غياب الأم العاملة

نوع الرضاعة / الأشخاص الذين يرعون الطفل	رضاعة طبيعية		رضاعة اصطناعية		رضاعة مختلطة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الحماة	3	10,30	12	41,40	14	48,30	29	100
السلفة	-	-	1	50,00	1	50,00	2	100
الأم	1	10,00	5	50,00	4	40,00	10	100
المربية	2	4,70	20	46,50	21	48,80	43	100
المجموع	6	7,10	38	45,20	40	47,60	84*	100

*84 هو عدد النساء اللاتي يعملن.

قمنا في هذا الجدول بمحاولة ربط متغير الأشخاص الذين يرعون الطفل عند غياب الأم العاملة مع نوعية نوع الإرضاع، فمن خلال ملاحظتنا لمعطيات الجدول نجد أن هناك 41,4 % من الأمهات اللائي يتركن أطفالهن عند الحماة و يرضعن اصطناعيا و 48,3 % يرضعن رضاعة مختلطة و 10,3 % يرضن طبيعيا و يرعون من نفس الشخص أي الحماة , أما اللاتي يتركن أطفالهن عند الأم فنجد 50 % يرضعن اصطناعيا و 40 % يرضعن رضاعة مختلطة مقابل 10 % من الذين يرضعن طبيعيا, أما المربية، فقد تحصلنا على نسبة صغيرة ممن يرضعون طبيعيا و 46,5 % ممن يرضعون اصطناعيا و 48,8 ممن يرضعون رضاعة مختلطة ,ما يمكن قولـه هو أن أغبيـة أطفال الأمهات العاملات يرضعن رضاعة اصطناعية أو مختلطة، و الأم في هذه الحالة ليس لها اختيار و الطفل يجب أن يتغذى و بالتالي تكون التغذية بالرضاعة الاصطناعية و هذا مهما اختلف نوع الأفراد الذين يرعون الطفل عند غياب الأم.

المبحث الثاني : النظام المتبع في الرضاعة الطبيعية و نوع الأسرة

الجدول رقم 77 : توزيع الأمهات حسب النظام المتبع و نوع الأسرة

النظام المتبع / نوع الأسرة	إرضاع حسب رغبة الطفل		إرضاع حسب مواعد محددة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
أسرة نووية	137	89,00	17	11,00	154	100
أسرة ممتدة	142	97,30	4	2,70	146	100
المجموع	279	93,00	21	7,00	300	100

من خلال المعطيات التي يقدمها الجدول رقم 77، نجد أن الأغلبية من الأمهات (97,3 %) يرضعن أطفالهن حسب رغبة الطفل و يقمن في أسر ممتدة مقابل 89 % يقمن في أسر نووية، أما بالنسبة للرضاعة حسب مواعيد محددة، فنجد أن هناك 11 % من الأمهات اللائي يقمن في أسر نووية مقابل 2,7 % من اللاتي يقمن في أسر ممتدة (عدد الأمهات اللاتي أرضعن حسب رغبة الطفل هن الأغلبية أي 279 أما) و يمكن تفسير هذا الاختلاف على أنه راجع إلى أن الأم في البنية الأسرية الكبيرة الحجم يكون لها الحظ الأوفر في تلقي المساعدة من حيث الاهتمام بالطفل و العناية به و بالتالي يكون الإرضاع حسب رغبته ، بينما العكس نجده في الأسرة النووية حيث لا تجد الأم التشجيع و الدعم لهذا تضطر في معظم الأحيان إلى إعطاء الرضاعة أو المصاصة لانشغالها بالأعمال المنزلية و هذا يؤثر سلبا على ممارسة الرضاعـة الطبيعيـة و يؤدي هذا إلى نقص من مدة الرضاعة الطبيعية مما يؤدي بالطفل إلى رفض الثدي تدريجيا، و من جهة أخرى نجد أن الأم التي تعيش في وسط أسرة ذات الحجم الكبير تتلقى النصائح من النساء الكبيرات في السن كالحماة مثلا التي تساعد على حمل الطفل و تهدئته عند البكاء، و هذا ما يؤدي بالأم على إتباع طريقة الإرضاع عند الطلب و بالتالي تزيد من عدد الرضعات يوميا.

تحليل الفرضية الرابعة باستخدام معامل الارتباط

لمعرفة تأثير بعض المتغيرات المستقلة على المتغير التابع قمنا بربط المتغير التابع و المتمثل في مدة الرضاعة الطبيعية مع بعض المتغيرات المستقلة و المتمثلة في عدد الأشخاص في المسكن، نوع الأسرة و الأشخاص المشجعون للرضاعة الطبيعية.

الجدول رقم 78 : مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة

المتغيرات	مدة الرضاعة الطبيعية	عدد الأشخاص في المسكن	نوع الأسرة	الأشخاص المشجعون للرضاعة الطبيعية
مدة الرضاعة الطبيعية	1 168	-0,045 168	0,613 300	-0,166 168
عدد الأشخاص في المسكن	-0,045 168	1 300	-0,141 168	0,052 300
نوع الأسرة	0,613 300	-0,141 168	1 300	-0,024 300
الأشخاص المشجعون للرضاعة الطبيعية	-0,166 168	0,052 300	-0,024 300	1 300

الخلاصة :

من خلال ما سبق نستخلص أن الوسـط الـذي تنشأ فيـه الأم له تأثيـر مباشر على اتجاهاتها و سلوكها الايجابي نحـو ممارسـة الرضاعـة الطبيعيـة و بالتالي تكـون الأم متشبعة بآراء و اعتقادات اكتسبتها من هؤلاء الأشخاص و أعني بهم النساء الكبيرات في السن كالأم و الحماة ذوات الخبرة و التجربة و بالتالي فإن الأم في الأسرة الممتدة لها الحظ الأوفر في تلقي النصائح و الإرشادات فيما يخص الإقبال على الإرضاع طبيعيا و حتى بالنسبة للأم التي تسكن بمفردها فهي تتلقى التشجيع و المساعدات من أمها أو من حماتها أثناء ترددها عليها حسب تصريحات الأمهات و خاصة إذا كان الطفل أول تجربة في حياتها . و بالتالي فالأسرة لها تأثير على نوع الرضاعة.

النتائج العامة للبحث :

لقد أوضحت نتائج هذا البحث أن الأمهات الجزائريات يدركن بأن للرضاعة الطبيعية أهمية قصوى و من هن من صرحن بأن المدة الزمنية الواجب إرضاعها يجب أن تكـون ما بين 12 و 24 شهر (56,7 %) و 25,7 % من اللاتي صرحن بأن المدة ليست محددة و إنما يجب الإرضاع حتى ينقطع الحليب لكن هذه الرغبة لا تتحقق و إن تحققت فهي لا تتعدى بضعة أشهر و خاصة بالنسبة للأم العاملة ، حيث أن المستـوى التعليمي للأم يـؤدي إلى تغييـر في آرائها و سلوكها و يتيح لها فرص العمل و هذا ما يؤدي بها تعويض الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعية و المختلطة. و كما أشرنا إليه من خلال تحليل نتائج البحث بأن الرضاعة الطبيعية خلال الساعات الأولى من الولادة تعتبر من أهم المراحل حيث يتحدد نجاحها أو فشلها على إعانة الأمهات و توجيههن على الإقبال عليها، لهذا يجب أن تبـدأ التوعيـة منذ بدايـة الحمل، و نشير إلى أن نسبة الأمهات اللاتي تلقين التوجيه أو التشجيعات على ممارسة الرضاعة الطبيعية خلال الكشف عن الحمل الأخير ضئيلة (6,3 %) و بالتالي يمكن القول بأن المستشفيات ومراكز حماية الأمومة و الطفولة تفتقر إلى أبسط التعليمات أو النصائح التي من شأنها تبرز الإيجابيات من السلبيات لأنواع الرضاعة و هناك 37,7 % من اللائي تلقين الإرشادات الخاصة بالرعاية الصحية بعد الولادة.

كما تبين أيضا من خلال النتائج البحث أن متغير التعليم و المهنة يلعبان دورا كبيرا في مدى اتجاهات الأمهات لأساليب الفطام حيث تبين أن نسبة الفطام الفجائي تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم ، كما تصل نسبة الفطام التدريجي لدى الأمهات الحاصلات على المستوى الجامعي إلى 95,7 % و بما أن بلـوغ سن الفطام يعـد سبب اختياري و تقديـري و يرتبط بسن الطفل كما أشرنا إليه من خلال تحليل النتائج ، فنجد أن هناك 33,3 % من اللاتي أوقفن الرضاعة الطبيعية و بطريقة فجائية و في سن مبكرة جدا لأسباب مختلفة خلال الأربع الشهور من عمر الطفل و 66.7 % كانت بطريقة تدريجية .أما فيما يخص نسبة الأطفال الذين فطموا بعد اكتمال سنة من العمر 20 % بطريقة فجائية و 80 % بطريقة تدريجية، و من أسباب الفطام في الشهور الأولى من الولادة حسب تصريحات الأمهات هي عودة الأم إلى

العمل، عدم كفاية الحليب و رفض الطفل للثـدي حيث بلغـت النسب على التـوالي 48 %، 27 % و 13 %.

و تجدر الإشارة إلى أن بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب عند العمر 01 و 03 أشهر يعد مبكرا جدا و ليس من السلوكات الصحيـة و يرجع هذا إلى الخصائص الاقتصاديـة و الاجتماعية للأم و كذا إلى التربية الصحية التي هي مهملة نوعا ما أو شكلية .

و علاوة على ما ذكر سالفا ، فقد بينت النتائج أن أعلى نسبة تناول أغذية مغايرة للحليب فقد تمركزت عند الأمهات الكبيرات في السن ثم تنخفض النسبة تدريجيا بارتفاع سن الأم و يمكن تفسير هذا بعدة أسباب و منها عدم كفاية الحليب الذي يعد سببا رئيسيا و الذي تشكو منه معظم الأمهات ، كما تبين أن الأم المتعلمة هي أكثر جرأة على التفكير في اللجوء إلى الأساليب الصحية كاختيار نوع الحليب الاصطناعي مثلا و استشارة الطبيب في ذلك كما أبرزت لنا النتائج أن هناك عوامل تتدخل في اختيار نوع الحليب المقدم للرضيع أو الطفل و هو دخل الأسرة و نوع الأسرة ، حيث بلغت نسبة الأمهات اللائي يقبلن على تغذية أطفالهن بحليب الأكياس الغير مخصص للأطفال بـ 75 % و يرجع إلى عدم توفر الإمكانيات المادية لشراء بدائل الحليب الطبيعي عكس الأسرة المرتفعة الدخل . كما لوحظ أيضا أن الأمهات اللائي يقمن في مسكن قصديري هن الأغلبية في الإقبال على تغذية أطفالهن بالرضاعة البلاستكية بنسبة 44,7 % مقارنة بنسب الأمهات اللائي يقمن في مساكن أخرى ، أما التغذية بالرضاعة الزجاجية ، فنجد أن الأغلبية من الأمهات التي تسكن في شقق أو فيلات يقبلن في استعمالها بنسبة 46 % و 55,6 %.

وما يمكن استنباطه أيضا من خلال نتائج البحث أن مكان الولادة له تأثير على اتخاذ الأم لقرار البداية في الرضاعة الطبيعية و نشير إلى أن المستشفى دورا في تحفيز و نشر الرضاعة الطبيعية، حيث بلغت نسبة الأمهات اللائي وضعن حملهن في المستشفى و هن يمارسن الرضاعة الطبيعية وقت التحقيق ب 64,3 % مقابل 45,7 % من اللاتي وضعن مولودهن في المراكز الصحية الخاصة. و من العوامل أيضا التي تعيق الأم في الإقبال على ممارسة الرضاعة الطبيعية هي عملية الولادة ، حيث هناك من الأمهات اللاتي وضعن مولودهن بطريقة

قيصرية و صرحن بأنهن باشرن في الرضاعة الطبيعية بعد مرور 06 أو 07 أيام و قدمن لأطفالهن الحليب الاصطناعي عند الولادة.

فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة والمتعلقة بفحص المولود، فلقد تحصلنا على نسبة 21,5 % من الأمهات اللاتي أرضعن لمدة تفوق السنة و قد قمن بفحص المولود بعد الولادة مقابل 6,4 % بالنسبة للائي لم يقومن بعملية الفحص.

فيما يخص النصائح التي تلقتها الأم خلال الرعاية الصحية بعد الولادة و فحص المولود، فقد أعطت النتائج أن الأمهات اللاتي أرضعن و ما زلن يرضعن وقت التحقيق لمدة تفـوق السنـة و تلقين النصائح حول التغذية الطبيعية حيث بلغت نسبتهن 22,6% مقابل 12,5 % من اللاتي لم يتلقين و لا معلومة على نوع الرضاعة مما يدل على أن التثقيف الصحي له دورا في تحفيز و متابعة و استمرار في الرضاعة الطبيعية لمدة مطولة . كما تبين أيضا أن هناك 58 % من الأمهات اللائي يمارسن الرضاعة الطبيعية و قد تلقوا نصائح حول توعيتهن و تحسيسهن بأهمية حليب الأم و الإقبال عليه.

فما يخص فحص المولود و نوع الرضاعة الممارس وقت التحقيق فقد أعطت النتائج 50,8 % من اللائي قمن بفحص الطفل و هن يرضعن طبيعيا مقابل 25,6 % من اللاتي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و 23,5 % من اللاتي تمارسن الرضاعة المختلطة.

أما تأثيرات السن و متغير عدد الأطفال فقد اتضح أن بارتفاع عدد الأطفال للأم الواحدة تزداد هذه الأخيرة خبرة و تجربة في مجال العناية بالطفل و هذا ما يحفز الأم انتهاج طرق أحسن من الطرق التي انتهجتها في السابق لكن هذا يكون مرتبط بعدة عوامل كعمل المرأة ، عدم كفاية الحليب ، رفض الطفل للثدي ,كما بينت النتائج أن الأمهات الماكثات بالبيت هن أكثر ممارسة للرضاعة الطبيعية مقارنة بالماكثات بالبيوت بنسبة 75 % مقابل 7,10 % كما أن هناك 45,2% من الأمهات اللاتي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و هن يعملن مقابل 14,4 % من اللائي لا تعملن و نفس الشيء بالنسبة للائي تعملن و تمارسن الرضاعة المختلطة بنسبـة 47,6 % مقابل 10,6 % من اللاتي لا تعملن.

أما فيما يخص أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية و اللجوء إلى الرضاعـة الاصطناعيـة و المختلطة هي :

- 4 % من الأمهات لجأن إلى الرضاعة الاصطناعية و المختلطة بسبب عودتهن إلى العمل .
- 27,5 % بسبب عدم كفاية الحليب.
- 13 % بسبب رفض الطفل للثدي.
- 7,20 % بسبب مرض الأم.
- 4,3 % بسبب حمل الأم .

و تجدر الإشارة إلى أن هناك 69,84 % من الأمهات لجأن إلى الرضاعة المختلطة بسبب تصريحاتهن بأن كمية الحليب الطبيعي لديهن أقل من الحليب الاصطناعي و هذا مرتبط ببدايات الرضاعة و الانطلاقة السيئة في الإقبال على الرضاعة الطبيعية و هذا طبعا راجع إلى نقص في التوعية الصحية و العوامل الأخرى التي تؤثر في ممارسة الرضاعة الطبيعية و هي سن الأم عند الزواج والعمر عند الولادة ، حيث بينت النتائج ارتفاع مدة الرضاعة بارتفاع السن عند الزواج باعتبار أن الطفل الأول يرضع فترة قصيرة لأنه أول تجربة في حياة الأم خاصة إذا كان سن الأم عند أول زواج مبكرا و نفس الشيء بالنسبة للأمهات اللاتي أنجبن في أعمار مبكرة.

كما ينبغي الإشارة إلى نتيجة هامة و هي أن الأمهات اللائي يسكن في أسرة ممتدة تملكن إقبالا كبيرا في ممارسة الرضاعة الطبيعية بنسبة 66,4 % مقابل 46,1 % بالنسبة للائي يقمن في أسرة نووية لأن هؤلاء الأمهات يحظين بالتشجيع و الحث من طرف أفراد الأسرة و الذي يؤثر عليها تأثيرا ايجابيا مما يجعلها تمارس الرضاعة الطبيعية و بالتالي فإن هذا السلوك الذي تسلكه الأم هو نتيجة لعلاقاتها و احتكاكها بالأشخاص المحيطين بها.

الخاتمة

في ختام هذا البحث يمكن القول بأن الرضاعة الطبيعية كانت و لازالت الغذاء الأفضل للطفل لما لها من أهميـة نفسيـة اجتماعية و بيولوجية ووسيلة تحميه و تقيه من الأمراض المعدية و خاصة في الشهور الأولى من العمر، و بالرغم من تراجع الرضاعة الطبيعية في السنوات السابقة إلا أننا نلاحـظ أن هناك تجاوب كبيـر و واسـع من طـرف الأمهات على ممارستها و بالرغم من تدخل بعض العوامل التي تعيق ممارستها و المشكل المطروح هو هل يجب التركيز في برامج التثقيف الصحي على تشجيع ممارسة الرضاعة الطبيعيـة و شرح فـوائدها و مزاياها و أثرها على صحة الأم و الطفل و العمل على زيادة الإقبال على خدمات الرعاية الصحية بصورة منتظمة و ليس في حالة ظهور مشاكل صحية فقط و يكون تشجيع الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة للأمهات و أطفالهن و ذلك بتصميم برامج تثقيفية و توجيه الأمهات و تحسيسهن بأهمية الإقبال على الأساليب الصحية في تغذية أطفالهن اصطناعيا بالنسبة للأمهات اللائي فطمن أطفالهن مبكرا و بالتالي الاتجاه يكون نحو الرضاعة الاصطناعية أو بالنسبة للائي يمارسن الرضاعة الاصطناعية و المختلطة بسبب عدة عوامل منعتهن من ممارسة الرضاعة الطبيعية كعدم كفاية الحليب و رفض الطفل للثدي .

و انطلاقا من نتائج البحث قمنا بطرح التوصيات التالية و أولها و من أجل توسيع المعرفة لدى الأم يجب على المراكز الصحية أن تكون ذات قدرة على الإجابة عن انشغالات الأمهات في شأن تغذية الطفل و اكتساب عن طريقها سلوكات صحية تفيدها و تفيد طفلها لهذا: يجب أن يولى للتربية الصحية أهمية قصوى التي تتوقف عليها حياة الطفل و هي أهم واجب على عاتق المسؤولين في المستشفيات و مراكز حماية الأمومة و الطفولة و الذي يتمحور مهامها في تقديم النصائح التالية :

1) عدم تقديم إضافات غذائية للرضيع في الأيام الأولى من الولادة،
2) تكوين موظفي المستشفى لتشجيع الرضاعة الطبيعية و مساعدة الأم في ممارستها،
3) نشر التربية الصحية السليمة على مستوى الأسرة،
4) تثقيف الطفل رجل الغد و البنت أم الغد بالمعلومات الأساسيـة المتعلقـة بصحـة الطفـل و تغذيته و تعويدهم على العادات الصحية السليمة،

5) تحسين الحالة الغذائية للأمهات و الأطفال،

6) تكثيف وسائل الإعلام بمجملها لتبليغ الرسالة الصحية و هي التغير الجذري في سلوك الأمهات إزاء إقبالها على تغذية رضيعها،

7) توعية الأمهات أو الأزواج بصفة عامة قبل و بعد الولادة بأهمية الإقبال على الرضاعة الطبيعية.

قائمة الجداول

الجدول رقم 01	توزيع الأمهات حسب فئات السن
الجدول رقم 02	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي
الجدول رقم 03	توزيع الأمهات حسب حالتهن المهنية
الجدول رقم 04	توزيع الأمهات حسب السن عند الزواج
الجدول رقم 05	توزيع الأمهات حسب عدد الأطفال
الجدول رقم 06	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي للزوج
الجدول رقم 07	توزيع الأمهات حسب نوع المسكن
الجدول رقم 08	توزيع الأمهات حسب نوع الأسرة
الجدول رقم 09	توزيع العينة حسب دخل الأسرة
الجدول رقم 10	اتجاهات الأمهات حول الفطام و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 11	اتجاهات الأمهات حول الفطام وعمر الطفل
الجدول رقم 12	اتجاهات الأمهات حول الفطام وحالتهن المهنية
الجدول رقم 13	اتجاهات الأمهات حول و بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب مستواهن التعليمي
الجدول رقم 14	اتجاهات الأمهات حول بداية توقيت تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب وسنهن
الجدول رقم 15	توزيع الأمهات حول نوع الرضاعة و سن الطفل عند بداية تناوله لأغذية مغايرة للحليب
الجدول رقم 16	اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى لأطفالهن و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 17	اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى لأطفالهن و سن الطفل عند بداية تناول الأغذية
الجدول رقم 18	اتجاهات الأمهات في اختيار نوع الحليب المعطى للطفل ومستوى دخل الأسرة
الجدول رقم 19	اتجاهات الأمهات فيما يخص استشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 20	اتجاهات الأمهات فيما يخص استشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب ودخل الأسرة

الجدول رقم 21	اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 22	اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات و نوع المسكن
الجدول رقم 23	اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع الرضاعات وتعقيمها
الجدول رقم 24	اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع المياه في تحضير الحليب أو السوائل الأخرى حسب مستواهن التعليمي
الجدول رقم 25	اتجاهات الأمهات من حيث استعمال نوع المياه في تحضير الحليب أو السوائل الأخرى حسب نوع المسكن
الجدول رقم 26	مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة للفرضية الأولى
الجدول رقم 27	توزيع الأمهات اللائي تلقين الرعاية الصحية قبل الولادة و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 28	توزيع الأمهات حسب المعلومات التي تلقتها خلال الكشف عن الحمل الأخير
الجدول رقم 29	توزيع الأمهات حسب مكان الولادة
الجدول رقم 30	توزيع الأمهات اللائي تلقين الرعاية الصحية للطفل بعد الولادة
الجدول رقم 31	توزيع الأمهات حسب النصيحة فيما يخص نوع الرضاعة
الجدول رقم 32	معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و سنهن
الجدول رقم 33	معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و عدد الأطفال
الجدول رقم 34	معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها ومستواهن التعليمي
الجدول رقم 35	معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و حالتهن المهنية
الجدول رقم 36	توزيع الأمهات حسب معارفهن لسائل الكولوستروم
الجدول رقم 37	معارف الأمهات حول فوائد سائل الكولوستروم و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 38	معارف الأمهات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 39	توزيع الأمهات حسب استعمال وسائل منع الحمل
الجدول رقم 40	معارف الأمهات حول مدى تأثير الحبوب على الرضاعة الطبيعية و مستواهن التعليمي
الجدول رقم 41	معارف الأمهات حول مدى تأثير الحبوب على الرضاعة الطبيعية وسنهن
الجدول رقم 42	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس و المعلومات التي تلقتها خلال

	الرعاية الصحية عن الحمل
الجدول رقم 43	توزيع الأمهات حسب استعمال نوع الرضاعة و مكان الولادة
الجدول رقم 44	توزيع الأمهات حسب بدايات الرضاعة الطبيعية و مدة الإرضاع الطبيعي
الجدول رقم 45	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و كيفية الرضاعة
الجدول رقم 46	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ومتابعة الحمل
الجدول رقم 47	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والمعلومات التي تلقتها إثر متابعتها للحمل
الجدول رقم 48	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و فحص المولود بعد الولادة
الجدول رقم 49	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والنصائح التي تلقتها إثر عملية فحص المولود و التي تخص نوع الرضاعة المفضل
الجدول رقم 50	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و فحص المولود بعد الولادة
الجدول رقم 51	توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة وهل تلقين نصائح فيما يخص نوع الرضاعة
الجدول رقم 52	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و الأشخاص الذين قاموا بتشخيص المولود
الجدول رقم 53	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والسوائل التي أعطيت للمولود
الجدول رقم 54	مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و بعض المتغيرات المستقلة للفرضية الثانية
الجدول رقم 55	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس
الجدول رقم 56	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس و سن الأم
الجدول رقم 57	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة وعدد الأطفال
الجدول رقم 58	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والمستوى التعليمي للأم
الجدول رقم 59	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والحالة المهنية للأم
الجدول رقم 60	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ودخل الأسرة
الجدول رقم 61	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و نوع المسكن
الجدول رقم 62	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و عمر الطفل
الجدول رقم 63	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية
الجدول رقم 64	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و رتبة المولود

الجدول رقم 65	توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و سنهن عند الزواج
الجدول رقم 66	توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و العمر عند الولادة
الجدول رقم 67	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و عمر الطفل
الجدول رقم 68	توزيع الأمهات حسب أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية و اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية
الجدول رقم 69	توزيع الأمهات حسب عمر الطفل عندما بدأ يتلقى الرضاعة الاصطناعية
الجدول رقم 70	توزيع الأمهات حسب كمية الحليب الطبيعي المعطاة للطفل مقارنة بالحليب الاصطناعي
الجدول رقم 71	مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و المتغيرات المستقلة للفرضية الثالثة
الجدول رقم 72	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و نوع الأسرة
الجدول رقم 73	توزيع الأمهات المرضعات طبيعيا حسب مدة الرضاعة و نوع الأسرة
الجدول رقم 74	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة ، نوع الأسرة و الحالة المهنية للأم
الجدول رقم 75	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و الأشخاص المشجعين للرضاعة الطبيعية
الجدول رقم 76	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة والأشخاص الذين يرعون الطفل عند غياب الأم العاملة
الجدول رقم 77	توزيع الأمهات حسب النظام المتبع و نوع الأسرة
الجدول رقم 78	مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغير التابع و المتغيرات المستقلة للفرضية الرابعة

قائمة الأشكال

شكل رقم 01	توزيع الأمهات حسب سنهن
شكل رقم 02	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي
شكل رقم 03	توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن
شكل رقم 04	توزيع الأمهات حسب نوع السكن
شكل رقم 05	توزيع الأمهات حسب طريقة الفطام و مستواهن التعليمي
شكل رقم 06	توزيع الأمهات حسب بدايـة توقيت تـناول الطفـل لأغذيـة مغايـرة للحليب و مستواهن التعليمي
شكل رقم 07	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و سن الطفل عند بداية تناول الطفل لأغذية مغايرة للحليب
شكل رقم 08	توزيع الأمهات حسب اختيار نوع الحليب المعطى للطفل مستواهن التعليمي
شكل رقم 09	توزيع الأمهات حسب استشارة الطبيب في اختيار نوع الحليب و مستواهن التعليمي
شكل رقم 10	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعات المستعملة و نوع المسكن
شكل رقم 11	توزيع الأمهات حسب نوع المياه المستعملة في تحضير الحليب و نوع المسكن
شكل رقم 12	توزيع الأمهات حسب المعلومات التي تلقتها خلال الكشف عن الحمل الأخير
شكل رقم 13	معارف الأمهات حول المدة الواجب إرضاعها و مستواهن التعليمي
شكل رقم 14	توزيع الأمهات حسب استعمال وسائل منع الحمل
شكل رقم 15	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة الممارس وقت المسح
شكل رقم 16	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة وعدد الأطفال
شكل رقم 17	توزيع الأمهات حسب نوع الرضاعة و دخل الأسرة
شكل رقم 18	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية
شكل رقم 19	توزيع الأمهات حسب أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية و اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية
شكل رقم 20	توزيع الأمهات حسب مدة الرضاعة الطبيعية و نوع الأسرة

ب

البيبليوغرافيا

البيبليوغرافيا

1- المراجع باللغة العربية :

- أيمن سليمان مزاهرة، ليلى حجازين نشيـوات، ليلى عبـد الرؤوف. **مبادئ صحـة الطفـل و تغذيته،** جامعة البلقاء التطبيقية، دار الخليج للنشر، عمان 2000.
- إسماعيل محمد عماد الدين، منصور رشدي و ابراهيم اسكندر. **كيف نربي أطفالنا. التنشئة الاجتماعية للطفل في الأسرة العربية،** دار النهضة العربية 1974 .
- إقبال ابراهيم مخلوف. **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية،** دار المعرفة الجامعية 1991.
- بوشاشي بوعلام. **فوائد الإحصاء،** طبع بمطبعة هومه، الجزائر.
- بستان محمود. **مناهج التربية الصحية بين النظرية و التطبيق،** منشورات ذات السلاسل، الكويت، دار القلم، جامعة الكويت، الطبعة الأولى 1981.
- ج.ج ابراهيم. **الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي،** صادرة عن المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط التابع لمنظمة العالمية للصحة، الإسكندرية، أكتوبر 1981.
- جاد الله فوزي. **الصحة العامة و الرعاية الصحية،** دار المعارف، مصر، الطبعة الثانية 1975.
- الحاج محمد علي. **طفلك سعادتك،** دار الحياة، بيروت، الطبعة الأولى، 1982.
- حافظ شقير و سامية شرشور. **الحالة التغذوية للأطفال في بعض الأقطار العربية،** مطبوعات جامعة الدول العربية، القاهرة، جوان 1999.
- خير الله عصار. **محاضرات في منهجية البحث الاجتماعي،** ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982.
- **دليل ارشادات المبحوثات.** المشروع العربي لصحة الأسرة، طبع بمطابع جامعة الدول العربية، المعادي، 2001.

- زكي علي محمد. **التربية الصحية بين النظرية و التطبيق**، منشورات ذات السلاسل، الكويت، الطبعة الأولى 1983.
- زيدان عبد الباقي. **الأسرة و الطفولة**، دار الشباب للطباعة، القاهرة، الكتاب الرابع 1979-1980.
- سمعان وهيب، لبيب رشدي و حفظ الله ابراهيم ميخائيل. **دراسات في المناهج**، دار الجيل للطباعة، مكتبة انجل و المصرية المصرية، الطبعة الثانية 1966.
- عبد الله رمضان الكندي . **مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي** ، متشورات ذات سلاسل ،الطبعة الأولى ، الكويت 1985.
- عبد العزيز محمد كمال. **أنت و مشاكل طفلك**، مكتب حاب، الجزائر، بدون سنة.
- عز الدين فراج. **الإسلام و الوقاية من الأمراض**، دار الرائد العربي، بيروت، الطبعة الثانية، بيروت، 1984.
- عبد الله الصوفي .**موسوعة العناية بالطفل** ، دار العودة ، بيروت ، الطبعة الثانية 1977.
- فهد لطيفة. **الرضاعة الطبيعية**، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت 1983.
- فايز قنطار . **نمو العلاقة بين الأم و الطفل** ، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، الكويت 1992.
- الكندري عبد الرحمان رمضان. **مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي**، منشورات ذات السلاسل، الطبعة الأولى، الكويت 1998.
- محمد الحسن إحسان. **الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي**، دار الطليعـة للطباعـة و النشر ، الطبعة الثانية، 1986.
- محمد زيان عمر. **البحث العلمي، مناهجه و تقنياتـه**، دار الشـروق للنشـر و التوزيـع و الطباعة ، الطبعة الرابعة، المملكة العربية السعودية، بدون سنة.
- محمد حسن باقر. **استخدام الحاسب الآلي في اعداد و تحليل البيانات و المؤشرات الاحصائية**، لمعهد العربي للتدريب و البحوث الاحصائية، بغداد، 1989.

- مديحة الخضري. **موسوعة الطفل الصحية**، المكتب الجامعي الحديث، الأزريطة، الإسكندرية 2001.
- محمد نبيل الشنواني. **الطفل المثالي**، مؤسسة الرسالة، بيروت 1987.
- محي الدين طالو العلي. **العناية بالطفل و تغذيته**، دار الهدى، الجزائر 1999.
- مختار محي الدين. **محاضرات في علم النفس الاجتماعي**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982.
- محمد عاطف غيث، **قاموس علم الاجتماع**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1979.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. **وضع الأطفال في العالم**، اليونيسيف، 1998.
- منظمة الصحة العالمية. **وحدة رعاية الأمومة و الطفولة : الرضاعة الطبيعية**، ترجمة نجلاء طارق جواد، دار الهدى، مؤسسة الرسالة، الطبعة الأولى، الجزائر 1992.
- مكتب اليونيسيف في الجزائر، **اتفاقية حقوق الطفل**، النص الكامل، بدون سنة.
- نوزت حافظ. **رعاية الأم و الطفل**، دار الفكر، الطبعة الثانية، دمشق، سوريا، 1982.
- نجيب اسكندر إبراهيم و آخرون. **الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي**، مؤسسة المطبوعات الحديثة، لطبعة الثانية، 1961.
- الهانسي مختار محمود. **مقدمة الطرق الإحصائية**، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت 1982.
- المشروع العربي للنهوض بالطفولة. **ندوة المسوح الأسرية حول الصحة و التغذية**، تونس من 9 إلى 20 أكتوبر 1989، مطابع جامعة الدول العربية 1989.

القواميس :

- علي بن هادية و آخرون. **القاموس الجديد للطلاب**، المؤسسة الوطنية للكتاب، الطبعة الأولى، الجزائر1991.
- غيث محمد عاطف. **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1979.

التقارير الإحصائية :

- د. بثينة الديب، د. دهبة نصار و د. محمد نجيب. **التقرير الاحصائي السنوي لواقع الطفل العربي 1996**، طبع بالمركز المصري العربي .
- **النتائج المجمعة للمسح العربي لصحة الأم و الطفل في الوطن العربي**، منشورات وحدة البحوث والدراسات السكانية، طبع بجامعة الدول العربية، 2001.
- **التقرير الاحصائي السنوي 2001. واقع الطفل العربي**، العدد السابع، طبع بجامعة الدول العربية.
- واقع الطفل العربي. التقرير الإحصائي السنوي 2002، العدد الثامن، طبع بجامعة الدول العربية.
- الديوان الوطني للأسرة و العمران البشري و جامعة الدول العربية المسح التونسي لصحة الأسرة 2002 – التقرير الرئيسي - سبتمبر 2002.

الرسائل الجامعية :

- آسيا شريف (1996-1997). دور الأم في مواجهة الإسهال، دراسة استطلاعية عن عينة مأخوذة من مركز حماية الأمومة و الطفولة بالقطاع الصحي ببني مسوس، رسالة ماجيستر في علم الاجتماع، جامعة الجزائر.

- بوتويس مسعودة (2001-2002). الرضاعة الطبيعية، دراسة استطلاعية عن عينة من النساء في مراكز حماية الأمومة و الطفولة بشراقة و باب الواد، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر.

- نصيرة عقيب (1996-1997).التنشئة الاجتماعية و أثرها على السلوك و الممارسات الاجتماعية، رسالة ماجستير في علم الاجتماع ، جامعة الجزائر.

2- المراجع باللغة الفرنسية :

- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). **Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant**, mai 2002.

- UNICEF FOREM. **L'Allaitement Maternel,** Document Destiné aux Professionnels de la Santé, OPU 1992.

- C. Courpotin, J. P. Girardet, S. Machinot. **Alimentation du Nourrisson de la Naissance à 18 mois**, Flammarion, Médecine Sciences, Paris 1990.

- OMS **Code International de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel**, Genève, 1981.

- Chessex Philippe et Autres. **Alimentation de l'Enfant de 0 à 1 ans et Allaitement Maternel,** Edition agence d'ARC. INC., Canada 1984.

- Caldwell John et autres. **Enquêtes de Fécondité et de Planning Familial, Connaissances, Attitudes et Pratiques**, CAP, New York, Population Council 1971.

- David Maley**. Pédiatrie dans les Pays en Développement, problèmes prioritaires**, Flammarion Médecine Sciences, Paris 1981.

- Del Bayle, Jean louis Loubet. **Introduction aux Méthodes des Sciences Sociales**. Toulouse, Edition 1989.

- Ministère de la Santé, Ministère de l'Education et de l'Enseignement Fondamental**. L'Education – Santé à l'Enseignement fondamental : la prévention des diarrhées et la l'alimentation du nourrisson,** Alger, 1982.

- Ghiglione (R) et Matalon, **Les Enquêtes Sociologiques**, édition Armand Colin, 4ème édition 1985.

- Guy Jarry et autres. **Allaitement Maternel, manuel à l'usage de personnel de santé**. Tunisie 1995.

- Guy rocher. **Introduction à la Sociologie Générale**, L'action sociale, Paris, 1968.

- Hélène Cantlie. **L'Allaitement Maternel**, Edition Maison des livres, Alger 1996.

- James P. Grant, **La Situation des Enfants dans le Monde**, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, UNICEF 1993.

- OMS. **Indicateurs Servant à Evaluer les Modes d'Allaitement**, Compte Rendu d'une Réunion Informelle du 11-12 juillet, Genève ,1991.

- Laurence Pernoud**, J'élève Mon Enfant**, Ouvrage Couronné par l'Académie de Médecine, Edition 1992.

- Martin J. Saphir. A. **Une Question de la Santé Publique, les Professionnels de la Santé et l'Allaitement Maternel**, Soins Infirmiers, n° 02, Paris 1989.

- Manceaux Michel et Deschamps Jean Pierre. **Santé de la Mère et de l'Enfant de la PMI à la Santé de la Famille**, Paris Flammarion, Médecine Sciences 1978.

- Nicaud et coll. **Allaitement Maternel. Nature du Choix**, Archives Françaises de Pédiatrie, volume 42, 1985.

- Kouaouci Ali. **Familles, Femmes et Contraception**, CENEAP, FNUAP ,1992.

- Si Ahmed S.R **L'Allaitement Maternel**, Entreprise Nationale du Livre, 1989.

- UNICEF**. Stratégie Visant à Améliorer la Nutrition des Enfants et des Femmes dans les Pays en Développement**, Etats Unis, 1990.

- INSP. **Santé Maternelle et Infantile (2000-2004)**, Direction de la Prévention, Edition et publication AMDS 2000.

- UNICEF. **La Situation des Enfants dans le Monde**, New York 2001.

- UNICEF, OMS, UNESCO. **Savoir Pour Sauver : le Défi de la Communication**, Etats Unis 1992.

- UNICEF. **Adoptez l'Initiative des Amis des Bébés** ! Etats Unis, sans date.

- UNICEF. **Les Progrès des Nations**, Etats Unis, 1997.

- OMS**. Protection et Encouragement et Soutien de l'Allaitement Maternel**, Genève, 1989.

- MSP, UNICEF. **Projet de lutte contre la mortalité infantile**, Alger, p. 13.

- INED. **Population** n° 06, 1973.

- **Carnet de Santé**, Ministère de la Santé, et de la Population et de la Réforme hospitalière.

- Instruction n° 002 /MSP/MIN du 18 février 1999 relative aux « **Hôpitaux Amis des Bébés**».

- Ministère de la santé. **La lettre de la prévention**. N° 16, 1997.

- ONS (Office National des Statistiques). **Instructions aux Recenseurs.** RGPH, 1987.

- La Revue du Praticien. Journal d'Enseignement Post Universitaire, **La Lactation et ses Troubles**, n° 27, Tome XXXVI, 1986.

- **La Revue Internationale de Pédiatrie**, Edition réservée aux praticiens français, n° 176, décembre 1987.

LES ENQUETES :

- Ministère National d'Etudes et Analyses pour la Planification, **Enquête Nationale sur la Fécondité** (Rapport National Final), ENAF, mars 1989.

- Ministère de la Santé et des Affaires sociales. Enquête sur la Mortalité et la Morbidité Infantile en Algérie (1985 – 1989), Alger 1992.

- OMS, UNICEF, FNUAP**. Enquête Nationale sur les Objectifs de la Mi Décennie « MDG ALGERIE 1995 »**, Rapport de Synthèse, Alger 1996.

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Office National des Statistiques et la Ligue des Etats Arabes. **Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant 1992**, Rapport Principal, 1994.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Office National des Statistiques et la Ligue des Etats Arabes**. Enquête algérienne sur la Santé de la Famille 2002 ,** Rapport Principal , 2004 .

LES THESES :

- Mohamed Dekkiche. **Contribution à l'Etude de Prévalence de l'Allaitement Maternel**, Thèse de Doctorat, Université d'Alger 1974.

LES DICTIONNAIRES :

- **Dictionnaire de la psychologie**, Librairie LAROUSSE, Paris 1989.
- **Dictionnaire encyclopédique**, Edition 2004.

الاستـ ـ ـ ـ ـبيان

تطرح هذه الاستمارة على الأمهات في سن الانجاب 15-49 سنة و اللواتي لديهن على الأقل طفل دون السنتين هو آخر مولود للواتي لديهن أكثر من طفل و هدا مهما كانت نوع رضاعته طبيعية، اصطناعية أو مختلطة.

رقم الاستمارة _____	تاريخ المقابلة	مكان اجراء المقابلة .....

رقم السؤال	الأسئلة	فئات الترميز	انتقل إلى
خلفية البحوثة			
1	تاريخ ميلادك ؟ و ما هو ؟	_____	
2	هل ذهبت الى المدرسة ؟	نعم 1 لا 2	4
3	مستواك التعليمي ؟ ما هو ؟	أمية 1 تقرأ و تكتب 2 ابتدائي 3 متوسط 4 ثانوي 5 جامعي 6	
4	ماهي حالتك الشخصية ؟	تعمل 1 عاطلة عن العمل 2 ماكثة بالمنزل 3 تلميذة /طالبة 4 آخر 5	7
5	ماهي وضعيتك في المهنة ؟	مستخدم 1 مستقل 2 أجير دائم 3 أجير جزئي 4 متمرنة 5 مساعدة عائلية 6	
6	ماهي مهنتك الرئيسية؟	.....	_____
7	كم كان عمرك عند زواجك ؟		_____
8	كم من طفل لديك ؟	عدد الذكور _____ عدد الإناث _____	
9	ماهو المستوى التعليمي للزوج ؟	أمي 1	

		تقرأ و تكتب	2	
		ابتدائي	3	
		متوسط	4	
		ثانوي	5	
		جامعي	6	
10	ماهي حالته الشخصية ؟	يعمل	1	
		عاطل عن العمل	2	14
		الخدمة الوطنية	3	14
		تلميذ/طالب	4	
		آخر	5	
11	ماهي وضعيته في المهنة ؟	مستخدم	1	
		مستقل	2	
		أجير دائم	3	
		أجير جزئي	4	
		متمرنة	5	
		مساعد عائلية	6	
12	ماهي مهنته الرئيسية؟	.....	___	
13	ما هو مستوى دخل الأسرة ؟	مابين 8000-12000 د.ج	1	
		12001-15000 د.ج	2	
		أكثر من 15000 د.ج	3	
14	هل تملك الأسرة سيارة ؟	نعم	1	
		لا	2	
15	هل تشاهدين التلفزيون ؟	نعم	1	
		لا	2	18
16	ماهي القنوات المفضلة لديك ؟	القنوات الوطنية	1	
		القنوات العربية	2	
		القنوات الأجنبية	3	
17	هل تشاهدين برامج صحية؟	نعم	1	
		لا	2	
18	ما هو نوع السكن ؟	شقة	1	
		فيلا	2	
		بيت قصديري	3	
		آخر	4	
19	ماهو عدد الأفراد في هدا المسكن ؟	عدد الأفراد	___	
20	هل تقيمون في هدا المسكن بمفردكم ؟	نعم	1	22
			2	

		لا			
21	من الذين يسكنون معكم في هدا المسكن ؟	أم الزوج فقط اب الزوج فقط الاثنان أهل الزوج أهل الزوجة آخر(حددي).....	1 2 3 4 5 6		
بيانات عن آخر مولود (أقل من سنتين)					
22	ماهو عمرك عندآخر ولادة ؟		|_|_|	
23	ماهو سن الطفل المعني ؟	العمر بالأيام	1 |_|_|	
24	ماهو جنس المولود ؟	ذكر أنثى	1 2		
25	في حالة غيابك من يقوم بعنايـة طفلك و تغديته بالنسبة للعاملة؟	الحماة السلفة الأم شخص آخر	1 2 3 4		
26	هل يتم العناية بطفلك في منزلك أو في مكان أخر؟	نفس المنزل مكان آخر	1 2		28
27	حددي هدا المكان ؟	نفس العمارة بقرب من منزلي نفس الحي بقرب من عملي بعيدا عن المنزل	1 2 3 4		
الرعاية الصحية قبل و بعد الولادة					
28	خلال الحمل الأخير هل عرضت نفسك على أي شخص للكشف عن الحمل ؟	نعم لا	1 2		30
29	من هؤلاء الأشخاص ؟	طبيب النساء و التوليد ممرضة /قابلة شخص آخر	1 2 3		31
30	لماذا لم تقومين بالكشف عن الحمل الأخير ؟	عدم وجود متاعب لدي خبرة سابقة مشغولة /الزوج مشغول بعد العيادة أو المستشفى آخر(حددي).....	1 2 3 4 5		
31	خلال تلقيك الرعاية عن هذا الحمل، هل تلقيت معلومات تخص ما يلي ؟	نظام الأكل أثناء الحمل وبعد الولادة فوائد الرضاعة الطبيعية	1 2 3		

		تنظيم الأسرة الرعاية الصحية بعد الولادة لم أتلقى أي معلومات	4 5	
32	أين تمت الولادة ؟	مستشفى مصحة متعددة الخدمات مصحة خاصة في المنزل	1 2 3 4	
33	كيف كانت عملية الولادة؟	خرج من تلقاء نفسه عن طريق الكلاب عملية قيصرية	1 2 3	
34	خلال المرحلة مابعد الولادة هل عرضت طفلك للفحص في هدة الفترة ؟	نعم لا	1 2	36
35	لماذا لم تعرضي طفلك للفحص ؟	الطفل بصحة جيدة لدي خبرة سابقة بعد المكان التكلفة مرتفعة مشغولة /الزوج مشغول آخر(حددي).....	1 2 3 4 5 6	38
36	من هؤلاء الأشخاص ؟	طبيب الأطفال طبيب عام صيدلي آخر(حددي).....	1 2 3 4	
37	هل تلقيت أي نصيحة فما يخص نوع الرضاعة من هؤلاء الأشخاص؟	نعم لا	1 2	
الرضاعة الحالية معارف اتجاهات و ممارسات الأمهات ازاء نوع الرضاعة				
38	هل كنت ترغبين في ارضاع طفلك من الثدي ؟	نعم لا	1 2	40
39	ماهي المدة الزمنية ؟	العمر بالأيام حتى ينقطع الحليب لا أدري	1 ||| 2 3	
40	بعد الولادة عل ارضعت من الثدي ؟	نعم لا	1 2	42
41	هل كان الارضاع ؟	بعد الولادة مباشرة عدد الساعات	1 |||	44

			2 ـــ	
		عدد الأيام	3 ⊔⊔	43
42	أذكري لماذا لم ترضعي من الثدي ؟	الطفل كان مريضا رفض الطفل ثدي الأم الأم مريضة عدم كفاية حليب الأم مشاكل بالحلمة أو الثدي جهل الارضاع أفضل الرضاعة الاصطناعية سبب آخر حددي	1 2 3 4 5 6 7 8	
43	ماذا أعطي للرضيع في هذه الحالة ؟	حليب اصطناعي محلول الماء بالسكر عسل ماء آخر حددي	1 2 3 4 5	
44	هل تعرفين شيئا عن فوائد السائل الأول الدي يفرزه الثدي ؟ و هو ما يسمى بالكولوستروم أو اللبا أو ادغس	نعم لا	1 2	
45	اذكري بعض الفوائد لهدا السائـل الخاص ؟	....		
46	هل الطفل الأن يرضع من	الحليب الطبيعي الحليب الاصطناعي رضاعة مختلطة	1 2 3	51 56
47	اذكري المدة التي أرضعها طفلك حتى الآن ؟	المدة بالشهور	1 ⊔⊔	
48	من يشجعك على ارضاع طفلك من الثـدي ؟	الحماة السلفة الأم الزوج آخر حددي ..... لا أحد.	1 2 3 4 5 6	
49	هل ترضعين الطفل في حالة	طلبه أوقات محددة	1 2	
50	في رأيك ماهي المدة الزمنية الواجب	المدة بالشهور	1 | | |	

	إرضاعها ؟			
		حتى ينقطع الحليب	2	59
		لا أدري	3	
51	كم كان عمر طفلك عندما بدأ يتلقى الرضاعة الاصطناعية ؟	أقل من شهر	1	
		ما بين 2-6 أشهر	2	
		ما بين 7-12 أشهر	3	
		أكثر من 12 أشهر	4	
52	هل سبق لك أن رضعتيه من الثدي ؟	نعم	1	
		لا	2	54
53	كم كان عمر طفلك عندما توقفت عن إرضاعه ؟	العمر بالأيام	___	
54	ماهي أسباب التوقف أو عدم الارضاع ؟	الأم حامل	1	59
		الأم مريضة	2	
		الطفل مريض	3	
		الطفل وصل الى سن الفطام	4	
		أفضل الرضاعة الاصطناعية	5	
		العودة الى العمل	6	
		الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل	7	
		عدم كفاية الحليب	8	
		الرغبة في انجاب طفل أخر	9	
		آخر حددي	10	
55	هل تم فطام الطفل بصفة فجائية أو تدريجية؟	فجأة	1	59
		تدريجيا	2	
56	هل كمية الحليب الطبيعي ؟	مساوية للحليب الاصطناعي	1	
		أكبر من الحليب الاصطناعي	2	
		أقل من الحليب الاصطناعي	3	
57	في أي شهر أصبح نظام طفلك مزدوجا ؟	أقل من شهر	1	
		ما بين 2-6 أشهر	2	
		ما بين 7-12 أشهر	3	
		أكثر من 12 أشهر	4	
58	أذكري السبب الذي دفعك إلى اللجوء إلى الرضاعة المختلطة ؟	الطفل رفض الثدي	1	
		مشاكل في الثدي	2	
		الأم تعمل	3	

		عدم كفاية الحليب آخر حددي	4 5	
59	هل بدأت في اعطائه أغدية مغايرة للحليب ؟	نعم	1	
		لا	2	61 م
60	كم كان عمر الطفل عندما بدأ يتناول أغدية مغايرة للحليب ؟	العمر بالأيام	___ 1	
61	أذكري السوائل و الأطعمة التي تناولها طفلك في الليلة الماضية ؟	الحليب الطبيعي فقط	1	69
		الحليب الطبيعي و بعض السوائل	2	65
		الحليب الاصطناعي ماء الشرب عصير الفواكه ماء بالسكر ماء الأرز محلول الأعشاب الطبيعية الياوورت طعام أعد في المنزل خصيصا للطفل أطعمة محفوظة طعام أعد للأسرة	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
62	عندما تلقى الطفل رضاعة اصطناعية أو مختلطة ،ماهو نوع الحليب الاصطناعي الذي تغذى به أو يتغذى به حاليا ؟	حليب البقرة حليب جاف عادي حليب الأطفال حليب مبستر في أكياس	1 2 3 4	
63	هل استشرت الطبيب في اختيار نوع الحليب الدي يتعدى به الطفل ؟	نعم	1	65
		لا	2	
64	لماذا لم تستشيري الطبيب ؟	....		
65	ماهو نوع الزجاجة التي تستعملينها في تغذية طفلك ؟	الزجاج	1	
		البلاستيك	2	
		الاثنان	3	69
		في الكأس	4	
66	هل تقومين بتعقيم الزجاجة ؟	نعم لا	1 2	

67	هل تقومين بضبط المفاييس لاحضار الحليب ؟	نعم لا	1 2	
68	ماهي نوع المياه المستعملة في احضار الحليب أو السوائل الأخرى ؟	مياه معدنية مياه الحنفية	1 2	
الرضاعة الطبيعية و استعمال وسائل منع الحمل				
69	بعد فترة النفاس هل لجأت الى أخد وسيلة من وسائل منع الحمل ؟	نعم لا	1 2	71
70	ماهي الوسيلة المستعملة؟	الحبوب اللولب آخر حددي	1 2 3	
71	تشكل الرضاعة الطبيعية وسيلة من وسائل منع الحمل هل أنت ؟	موافقة غير موافقة لا أعرف	1 2 3	
72	هل استعمال وسائل منع الحمل يؤثر في عملية الرضاعة الطبيعية ؟	نعم لا لا أعرف	1 2 3	
نوع الرضاعة و التربية الصحية				
73	هل زوجك أو المحيط العائلي بصفة عامة لهم دخل في اختيار نوع الرضاعة ؟	نعم لا	1 2	
74	ماهو أفضل نوع للرضاعة حسب رأيك ؟	رضاعة طبيعية رضاعة اصطناعية رضاعة مختلطة	1 2 3	
75	أثناء زيارتك لطبيب الأطفال أو أثناء قدومك لتطعيم طفلك في الشهور الأولى بعد الولادة، هل قدم لكي نصائح معينة حول نوع الرضاعة المفضل من طرف العاملين في سلك الطبي ؟	نعم لا	1 2	
76	هل ترين أن العاملين في المجال الطبي لهم دور في نجاح عملية الرضاعة الطبيعية و تفادي الرضاعة الاصطناعية خاصة في الشهور الأولى بعد الولادة ؟	نعم لا	1 2	
77	هل تنوين الانجاب في المستقبل ؟	نعم لا	1 2	80
78	هل تمارسين الرضاعة الطبيعية في	نعم	1	

	المستقبل ؟	لا	2	
79	اذكري لماذا في الحالتين ؟	....		